

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 ORDINARIA N°8, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN MARTES 11 DE MARZO DE 2025, DE 08:43 A 10:04 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió al Director Médico Clínica MEDS, y ex Ministro de Salud, Doctor Enrique Paris.

Al inicio de la sesión presidió de forma accidental la diputado **Emilia Nuyado**, y a continuación 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 Andrés Celis, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Participó de forma telemática, el Director Médico Clínica MEDS, y ex Ministro de Salud, Doctor Enrique Paris.

II. ACTAS

El acta de la sesión 7ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 6ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Se ha confirmado la asistencia telemática del doctor Enrique Paris, ex Ministro de Salud. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Se ha recibido correo electrónico por el cual el doctor Álvaro Erazo, actual Investigador principal Clapes UC, ex Ministro de Salud, excusa su asistencia a esta sesión. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió al Director Médico Clínica MEDS, y ex Ministro de Salud, Doctor Enrique Paris.

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

Se adoptaron los siguientes acuerdos:

1.- Solicitar a la Presidenta de la Cámara de Diputadas y Diputados, tenga a bien adoptar las medidas necesarias para recabar el acuerdo de los Comités Parlamentarios para tramitar, a la brevedad posible, el proyecto de resolución presentado por el diputado Enrique Lee, donde se solicita una nueva estrategia para la formación de especialistas médicos para zonas extremas.

2.- Prorrogar hasta por 20 minutos.

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=341895&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

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 10:04 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

² <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79661>

**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 8ª, celebrada en martes 11 de marzo de 2025,
de 08:30 a 10:00 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino y, de manera accidental, la diputada señorita Emilia Nuyado.

Asisten los diputados señores Andrés Celis, Mauro González, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Patricio Rosas, Jorge Saffirio y Jaime Sáez.

En calidad de invitado, el exministro de Salud y director médico de la Clínica MEDS, señor Enrique París.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señorita **NUYADO**, doña Emilia (Presidenta accidental).- 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.*

La señorita **NUYADO**, doña Emilia (Presidenta accidental).- Muchas gracias, Secretario.

La presente sesión tiene por objeto tratar materias relacionadas con el mandato a que diera origen esta instancia, para dar respuesta a las observaciones, preguntas y solicitudes planteadas por los integrantes de la comisión.

Se encuentra presente, de manera telemática, el doctor Enrique Paris, exministro de Salud y actual director médico de la Clínica MEDS.

Tiene la palabra, doctor.

El señor **PARIS** (exministro de Salud) [vía telemática].- Muy buenos días, agradezco la invitación a esta comisión investigadora de la Cámara de Diputados.

En primer lugar, quiero saber cuál será el *modus operandi* de mi intervención, si solamente quieren que explique algunas cosas, que dé mi punto de vista o que acepte preguntas de los honorables miembros de la comisión.

Además, Presidenta, por su intermedio quiero saludar a las diputadas y diputados presentes y, obviamente, prestar mi colaboración a esta comisión dentro de lo que yo pueda aportar.

La señorita **NUYADO**, doña Emilia (Presidenta accidental).- Doctor, usted puede hacer un planteamiento o una propuesta respecto de las listas de espera, tema que aborda esta comisión.

Por lo tanto, tiene la libertad de plantear el asunto desde la mirada que tenga al respecto.

El señor **PARIS** (exministro de Salud) [vía telemática].- Muchas gracias, diputada.

El tema de las listas de espera es universal, en primer lugar, y Chile no es el único país del mundo que tiene problemas de listas de espera. Hemos visto aparecer este problema en países muy desarrollados: en Francia, en España, en Canadá, en Inglaterra, en Estados Unidos, en Latinoamérica, con mayor razón, y también en otros países; es decir, es un tema que, desde el punto de vista sanitario, ha golpeado a todo el mundo. Tampoco es un problema que haya surgido después de la pandemia, sino que se arrastra desde hace muchos años.

Por un lado, tiene que ver con el envejecimiento de la población. Sabemos, y la población chilena en esto está batiendo un récord, que el envejecimiento de la población va acompañado de un aumento en las patologías. Muchas veces, los adultos mayores no tienen solo una, sino dos o tres enfermedades, lo que también está relacionado con un aumento en el consumo de medicamentos. Además, esas enfermedades se potencian unas con otras y requieren una atención preferencial.

En ese punto, están las listas de espera no GES por especialidades y algunas de las patologías quirúrgicas. En las listas de espera no GES por especialidades y en las listas de espera quirúrgicas tenemos más de 3 millones de personas esperando atención y, desgraciadamente, en los últimos años se ha observado un aumento importante en este tipo de espera, lo cual se ve agravado por un aumento en la espera en la lista AUGÉ-GES.

En temas de salud, siempre prefiero referirme al Estado de Chile, porque la responsabilidad de la salud es del Estado. Obviamente, los gobiernos de turno deben trabajar en ello, pero bien sabemos que los gobiernos pasan y que es el Estado el que debe hacerse cargo de la salud de los chilenos.

Dicho esto, en la lista de espera GES, por ejemplo, al cierre de 2024 se informaron 77.000 casos pendientes. En la misma fecha, en 2023, había 70.000 casos pendientes. En el caso de las cirugías, en 2024 se contabilizaron 390.000 en espera, mientras que en 2023 eran 333.000; es decir, hubo un aumento de 56.000 cirugías en espera, un 16,98 por ciento más.

En cuanto a las consultas, en 2024 se contabilizaron 2.600.000 pendientes y en 2023, 2.400.000; es decir, casi 200.000 consultas más en espera, equivalente a un 8,31 por ciento de aumento.

Estuve leyendo el oficio que los diputados solicitantes de esta comisión investigadora le enviaron a la Presidenta de la Cámara, la diputada Karol Cariola, en el que se insiste bastante en el tema de la postergación de las cirugías; de hecho, la mayoría de los comentarios iban por esa vía. Al respecto, es evidente que las cirugías se postergan y eso incide en la lista de espera quirúrgica, si nos referimos solamente a ese punto.

Justamente, cuando fui presidente del Centro de Políticas Públicas de la Universidad de San Sebastián hicimos un estudio al respecto, y determinamos que el uso de pabellones en Chile está muy por debajo de la media internacional. ¿Por qué me refiero a este aspecto? Porque incide específicamente en la lista de espera quirúrgica, y quiero referirme a esta, debido a que es la que se discute con mayor prevalencia en el documento que ustedes me enviaron.

El pabellón incide en la lista de espera, porque, si se suspende, es claro que el paciente pierde la posibilidad de operarse. En Chile, la suspensión de pabellones está por sobre el 8 por ciento, mientras que a nivel internacional esa cifra llega apenas al 3 por ciento.

Ahora me referiré a las causas por las que se posterga una intervención quirúrgica. Desgraciadamente, y lo digo porque en estos casos no deben hacerse cambios que impidan comparar, el Ministerio de Salud hizo un cambio muy importante durante 2024.

En 2022 y 2023 la suspensión de cirugías alcanzó los 31.000 y 33.000 casos, respectivamente, y en 2024 la cifra bajó a 30.000. Si bien se observa una reducción, el ministerio hizo un cambio en la distribución o en evidenciar las causas de las suspensiones. Si antes se consideraba que las causas de las suspensiones eran atribuibles a los pacientes, en 2024 las

causas de 12.000 suspensiones, casi la mitad de todo el universo, fueron administrativas.

Eso debe ser explicado por el Ministerio de Salud, porque si hay causas administrativas, significa que no se está gestionando bien esta lista de espera quirúrgica. Pero también hay que verlo como una oportunidad. Porque si es un problema de gestión y no de falta de pabellones ni del uso inadecuado de estos, evidentemente esas causas administrativas se podrían solucionar en el curso del tiempo.

No obstante, hay que destacar que el ministerio ha hecho un esfuerzo al crear proyectos piloto para aumentar la eficiencia en el uso de los pabellones. Dichos proyectos se iniciaron en cuatro regiones y actualmente se están expandiendo a otras. Esperamos que eso dé resultado.

¿Cuáles son las causas por las que se postergan las intervenciones quirúrgicas? Daré algunos ejemplos: porque el paciente no llegó en ayunas; porque se tomó un anticoagulante y, si es intervenido, va a sangrar, o porque no trae los exámenes de laboratorio o las imagenologías. Eso tiene que ver con otro problema grave que tenemos, que es la ficha clínica electrónica, porque si no hay una ficha clínica electrónica que permita transmitir los resultados de los exámenes, cualquiera que sea y en cualquier lugar de Chile, esos problemas van a seguir ocurriendo.

También se suspenden pabellones porque de repente falta personal. En el pabellón se necesita la participación de gente muy especializada. No solo hablamos del médico cirujano, sino también de las arsenaleras, las TENS, que tienen que ver con el traslado de los pacientes y con el uso de los elementos, con una serie de cosas. Si falta alguno de los miembros del equipo, a veces se suspende el pabellón.

En Reloncaví hicimos un proyecto piloto, que consistió en la creación de un pabellón docente, una idea que, quizás, podría difundirse. Esta iniciativa se orienta a que todos los miembros del equipo de pabellón puedan suplir las funciones de aquella persona que falte por algún motivo justificado, evitando así la suspensión. Una de las causas importantes de suspensión, desgraciadamente, es el ausentismo o la enfermedad de algún miembro del equipo, lo que, obviamente, impide que apoye el desarrollo de la cirugía.

Creo que, como país, debemos hacer un esfuerzo en salud. Me tocó una etapa muy dura y fui muy criticado. Es y muy fácil criticar. Sin embargo, debemos ponernos de acuerdo para buscar soluciones en conjunto.

Otro de los puntos que se transmitieron en este documento es la falta de control de las listas de espera, así como el doble registro, tanto a nivel regional como en el Ministerio de Salud. El hecho de que en algunos lugares se saltaron las listas de espera, ya que algunos ejecutivos y directores de los Servicios de Salud o de los hospitales incidieron en colocar a personas que estaban muy por debajo de la lista para sobrepasar a aquellos que estaban esperando hace mucho tiempo. Eso produce mucha indignación en la población. Además, se perdieron fichas, y algunas se encontraron en basurales. Es evidente que debemos hacer una revisión completa.

La idea que ha planteado el Ministerio de Salud, de modernizar el manejo de las listas de espera, me parece adecuada y espero que avance. No obstante, debe ir avanzando acompañado con una mejor ficha electrónica, y con una intercomunicabilidad entre la APS y los hospitales.

Muchas de las listas de espera se deben a la falta de especialistas en la Atención Primaria de Salud (APS), por lo que los pacientes que acuden a la APS son derivados a los

hospitales, en los cuales el especialista no tiene horas a tiempo, lo que posterga la atención.

El nuevo decreto enviado por el Ministerio de Salud, que desgraciadamente se pondrá en práctica a partir de septiembre, reconoce o premia a los especialistas que se vayan a la atención primaria. No sé si este tema ya ha sido discutido, pero considero que podría ayudar a solucionar, en parte, la falta de especialistas en la atención primaria.

Ustedes saben que hasta el momento solo los médicos familiares reciben su reconocimiento como especialistas en la atención primaria. Se quiere incluir a las especialidades básicas con reconocimiento como especialistas en la atención primaria, lo cual considero un avance importante. El Colegio Médico lo pidió siempre. Durante dos períodos fui presidente de dicha institución y considero que ese es un avance importante, ya que también ayudará a disminuir las listas de espera que se generan en la APS.

Es importante recordar que la APS está en manos municipales, no en manos del Ministerio de Salud propiamente tal, aunque en la Subsecretaría de Redes Asistenciales exista la División de Atención Primaria (Divap). Son los municipios los que toman decisiones sobre a qué especialistas contratar y cómo distribuir los recursos. Eso, de alguna manera, debe revisarse.

Otro punto que, en mi opinión, debe revisarse es la pertinencia de la gestión del Fonasa. Si el Fonasa no actúa como un asegurador, como debería actuar, sobre todo con la nueva modalidad de cobertura complementaria, evidentemente no tiene el poder o la capacidad de dirigir sus recursos hacia donde son más necesarios.

Les recuerdo que el 65 por ciento del presupuesto del Fonasa se gasta en licencias médicas. Este es otro punto al que hay que buscarle una solución, pues ese dinero debe ser destinado

a problemas de salud y no solo a licencias médicas. Es otro tema que debemos desarrollar.

Por otro lado, me preocupa mucho, y desgraciadamente el Colegio Médico se opuso al comienzo de este gobierno, la modificación del Código Sanitario. Si logramos modificar dicho cuerpo normativo y le damos más capacidad de decisión a enfermeras, matronas, tecnólogos, kinesiólogos, nutricionistas, TENS y a todo el equipo de salud, contribuiremos a bajar las listas de espera. ¿Por qué solo el médico puede emitir una receta o una orden de exámenes? Este es otro aspecto en el que debemos avanzar rápidamente.

Si aprovechamos bien la integración público-privada, porque no quiero hablar de colaboración, tal como se hizo en la pandemia, podremos avanzar rápidamente en la reducción de las listas de espera. Los operativos médicos también son importantes para reducir las listas de espera. En fin, he tratado de dar mi opinión.

Fui ministro y sé lo que se sufre estando a cargo del Ministerio de Salud, sobre todo cuando hay ataques. No quiero atacar a nadie, sino contribuir a que este problema, que lo sufren tres millones de chilenos y que ha ido en aumento, tenga una solución. Creo que no es bueno seguir hablando de la pandemia.

Hay un especialista en salud pública, el doctor Said, partidario del gobierno actual, o al menos lo fue, que ha insistido mucho en este tema. ¿Por qué seguir culpando a la pandemia? Demos vuelta la página y pongámonos a trabajar por la situación actual que viven los chilenos.

Asimismo, considero, y esta es una opinión que he desarrollado desde hace mucho tiempo, que existe una mala distribución de los especialistas en Chile. Por lo tanto, si

quieren reducir las listas de espera y no cuentan con especialistas en regiones, malamente se logrará.

Los estudios, en su totalidad, demuestran que los especialistas en Chile están concentrados en la Región Metropolitana, en Valparaíso, Viña del Mar y en la Región del Biobío. Más del 57 o 58 por ciento de los especialistas se encuentran en esas tres regiones. Es evidente que hay más población, pero no porque haya menos población en Coyhaique, Punta Arenas o en el norte los pacientes no necesitan especialistas.

¿Por qué deben trasladar a un niño? Recordemos lo que pasaba en Punta Arenas cuando no había oncólogos. Los trasladaban a Valdivia, pero como no había avión directo debían venir a Santiago y de ahí a Valdivia, lo que ocasionaba que ese niño llegara en pésimas condiciones.

Por lo tanto, aunque haya una cantidad pequeña de pacientes, el Estado, insisto, no me refiero al gobierno, sino al Estado, tiene que brindar solución a ese paciente y a su familia.

En cuanto al cáncer, también enfrentamos graves problemas. Hay un atraso enorme y, desgraciadamente, las patologías de cáncer que mayor retraso tienen son las relacionadas a las enfermedades propias de la mujer, como el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino. Es donde hay más retraso y debemos poner el acelerador.

Algunos pensarán que mi pensamiento es más liberal que de otro tipo, pero creo, y lo he sostenido muchas veces, que tanto en Chile como en el mundo el paciente debe tener derecho a la atención de salud según la enfermedad que tenga, no según la capacidad de su bolsillo. Eso debemos llevarlo a cabo como país, independientemente de las diferencias políticas. Eso lo señaló el filósofo social Rawls hace muchos años, y debería ser nuestra meta: darle atención de salud a las personas, sobre

todo a las más necesitadas, según su patología o enfermedad. Si se trata de un cáncer, hay que darle rápidamente atención; si se trata de un problema de la cadera que le produce dolor, igualmente debe recibir atención rápida, no según su capacidad de bolsillo. Debemos contribuir entre todos.

Gracias, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- A usted, doctor Paris.

Efectivamente, habíamos invitado a dos exministros de Salud: al doctor Álvaro Erazo y al doctor Enrique Paris, con el fin de mantener el equilibrio político. Sin embargo, lamentablemente, el doctor Erazo nos comunicó ayer que, debido a una imposibilidad muy personal y entendible, no podría participar. Dado el poco margen de tiempo, no pudimos invitar a un segundo exministro de Salud.

Obviamente, lo que ha planteado el doctor Paris también nos lleva a una amplia reflexión, que nos va a permitir generar una discusión importante.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la comisión y al exministro, doctor Enrique Paris.

Me parecen interesantes algunas facetas que él ha planteado, particularmente lo que dice relación con el fortalecimiento de las competencias de la atención primaria por la vía de la desmedicalización, tema que he planteado en varias oportunidades. Coincido con él en el retraso en la discusión del Código Sanitario y en la porfía no solo del debate, sino también de incluir, por ejemplo, al mundo del trabajo social, que no mencionó el doctor.

Al respecto, creo haber planteado en más de alguna oportunidad a la ministra Ximena Aguilera que la trabajadora o el trabajador social son un tremendo aporte a la clínica de la

atención primaria; a lo mejor, no entender eso es desconocer el aporte que hacen. Lo digo respetuosamente.

Por ejemplo, trabajé mucho tiempo en adicciones y sé que los trabajadores sociales hacen entrevistas motivacionales, fortalecimiento de redes e identificación de redes, prevención de recaídas, intervenciones en crisis, y eso es clínico. Ello evita temas de suicidabilidad, permite identificar nudos de problemas, que en un tema como la salud mental, y sobre todo la adicción en Chile, que va *in crescendo*, podría ser de gran aporte, y no son personas con formación médica.

Diría que más bien es al revés, doctor. Parece que a muchos de nuestros colegas y de los profesionales de la salud, en general, les falta formación en el área psicosocial. Tenemos un déficit de la malla curricular que es manifiesto.

Recuerdo que al meterme en esos temas me decían que mejor me hubiera dedicado a otra profesión. En realidad no es así, nuestra profesión adolece de ese componente que haría que el trabajo fuera de mayor impacto.

Algunas cosas que planteaba el colega son importantes, como el tema de que vayan especialistas a la atención primaria o, tal vez, que los médicos de atención primaria vayan a la atención secundaria y hagan algunas pasantías, lo cual reforzaría sus competencias.

Ahora, hay un tema respecto de la reflexión final que hace el doctor Paris, en el sentido de que, primero, este debería ser un tema de Estado y no del gobierno de turno, porque todos los años, por ejemplo, la discusión presupuestaria está sujeta a las trabas que se pueden dar en la discusión parlamentaria, y el tema de la salud debería estar asegurado a nivel de Estado, independiente del gobierno de turno. Ese es un tema de fondo que hay que discutir.

Lamentablemente, el modelo se contradice con la opción que ha planteado el doctor Paris, en el sentido de que lo que debería tener peso en la toma de decisión es la patología que tiene la persona y no la fuerza de su bolsillo. Todos podemos estar de acuerdo en eso, pero tenemos que entender también que el modelo no favorece aquello. La gente se endeuda porque se aburre de la lista de espera, muchas veces tiene que hipotecar sus propios bienes y endeudarse para buscar soluciones en el extrasistema. Hemos visto en estos días, en distintas experiencias, cómo hay un verdadero fenómeno migratorio de los recursos mejor calificados.

Por ejemplo, ayer hablábamos con el doctor Orellana respecto del PAO (Período Asistencial Obligatorio), donde muchos médicos se resisten a ejercer en esa línea y devolver al Estado el esfuerzo que ha hecho para capacitarlos. Entonces, es un tema de alta complejidad, pero estamos chocando con un modelo que no permite aquello que el doctor ha enunciado. Incluso, el otro día escuché a alguien decir: Bueno, hay gente que, desgraciadamente, no muere. O sea, nadie muere de artrosis de rodilla, nadie muere de artrosis de cadera, pero sufren mucho dolor, viven con dolor crónico. Es espantoso que una persona tenga que estar siete años esperando una prótesis de cadera que tiene un costo muy oneroso y que el Estado muchas veces no se lo brinda.

Entonces, me parecen indolentes esas expresiones. Es decir, de cáncer mamario se va a morir en pocos meses si no se atiende oportunamente. Pero pretender que una persona tenga que padecer las penas del infierno con dolores crónicos... Cualquiera que haya visto un familiar que tiene, por ejemplo, una artrosis... No olvidemos que nuestro país, por la pirámide epidemiológica, está en envejecimiento, como los países desarrollados. Nos comportamos así. Hay cada vez menos nacimientos y cada vez la

vida se está prolongando, pero eso también está dando paso a que la morbilidad crónica se exprese con más fuerza.

Hay hartas reflexiones que tenemos que someter también a juicio valórico en esta comisión, porque, de lo contrario, no vamos a encontrar el camino.

Para finalizar, coincido plenamente en que si la APS (Atención Primaria de Salud) se reforzara, tuviera las competencias, el equipamiento, los profesionales, hubiera efectivamente desmedicalización. Lo han dicho, incluso, los optometristas que podrían ayudar a resolver temas de vicios de refracción.

La mayoría de los problemas de oftalmología que están en espera son vicios de refracción. Eso lo puede resolver hasta un optometrista.

Eso, señor Presidente.

Muchas gracias.

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

El señor **SÁEZ**.- Señor Presidente, buen día a toda la comisión.

Quisiera plantear algunas interrogantes al doctor Paris. Estuve investigando algunas cifras respecto a tiempos de espera en otros países. Por ejemplo, en Reino Unido entre el 6 y 7 por ciento de los pacientes esperan más de 6 meses para atención médica; en Nueva Zelanda y Finlandia este porcentaje está entre el 15 y 18 por ciento del total de pacientes, y en Portugal, alrededor del 28 por ciento.

En su presentación el doctor Paris hablaba de cómo ha ido aumentando la lista de espera desde 2023 a 2024, específicamente. Por lo tanto, me gustaría saber qué es aceptable, según su experiencia en esta materia, porque puede haber distintas coyunturas que afecten, como una pandemia o

alguna catástrofe que pueda incidir en que tengamos una mayor demanda por atención médica.

¿Qué es lo aceptable para el Estado de Chile, según nuestra situación económica, social, cultural incluso, en términos de aumento de listas de espera? Porque me parece iluso pensar que la lista de espera va a llegar a cero o a niveles muy bajos.

Entonces, desde su perspectiva, ¿qué es lo aceptable en una perspectiva temporal de más largo aliento, superior a una administración de solamente cuatro años? Pensemos, por ejemplo, en una década.

Eso, Presidente.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, saludo a la comisión y especialmente a nuestro invitado, el exministro Enrique Paris.

Quiero aprovechar su experiencia como ministro. Hoy tenemos estrategias de formación de médicos especialistas que llevan varias décadas, algunas con pequeñas modificaciones.

En su opinión, y conociendo la realidad y las diferencias entre la zona central y las regiones extremas, ¿ha pensado en una estrategia diferente para la formación de médicos especialistas dirigida especialmente a zonas extremas? Estoy hablando de Magallanes, Aysén, Arica y Parinacota. Eso por una parte.

En segundo lugar, pienso lo mismo que usted, debemos dejar la excusa de la pandemia de lado. En el último tiempo no ha habido grandes catástrofes de algún tipo, sin embargo las listas de espera no han disminuido, ni siquiera se han mantenido, han aumentado.

Entonces, ¿por qué cree que se da este fenómeno?

Muchas gracias.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, buenos días.

Saludo y felicito al doctor Paris, a quien conozco desde hace bastante tiempo. Sé que cuando dice que es liberal... Bueno, él siempre ha sido liberal.

En verdad, quiero discrepar un poco de lo que dice usted, Presidente, respecto de que no está el otro invitado para contrarrestar desde el punto de vista político.

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

El señor **LILAYU**.- Sí, balancear, pero da lo mismo.

Aquí no hay nada que balancear y lo digo con todo cariño, ya que a veces las palabras pueden decir que la lista de espera no tiene nada que ver con balancear ni nada. Aquí son miradas diferentes. Pero en salud la lista de espera de cáncer de mujeres en Chile es totalmente transversal, y evidentemente hay una mirada liberal y de Estado.

En ese sentido, saludo al doctor Paris, porque él ha seguido trabajando para nuestro país desde la universidad, entregándonos números, datos y opiniones respecto de cómo ir eliminando las listas de espera. Desde ese punto de vista, hay que felicitarlo.

No alcancé a escuchar toda la exposición, pero, como los recursos son limitados, hay que orientarlos también a la oncología. Tenemos que crear una lista de espera enfocada en oncología. Como dice el diputado Enrique Lee, hay patologías que hay que solucionar desde el punto de vista geográfico, porque no es lo mismo lo que pasa en Antofagasta, donde las listas de espera por artrosis de cadera puede que sean mayores, por ejemplo, porque la gente no toma tanta leche -estoy inventando-, a diferencia de lo que ocurre en el sur, donde la presencia de artrosis puede ser menor, pero hay otras

patologías que afectan a la vesícula como el cáncer vesicular, donde la lista de espera podría ser mayor. La hidatidosis se da en nuestra región, aunque no tanto. En definitiva, lo que quiero decir es que debemos tener una mirada localista, geográfica.

No me queda más que felicitar al doctor Paris, y me alegro que siempre se haga presente.

Respecto de qué número es el aceptable en relación con las listas de espera, ojalá fuera cero, es de Perogrullo. No obstante, todos sabemos que nunca podremos tener cero personas en las listas de espera, pero evidentemente tenemos que reducirlas lo que más se pueda.

En ese sentido, mi opinión es que no podemos compararnos con otros países. Como médico, me carga que siempre estemos comparándonos, porque no es lo mismo una persona en Europa, que puede estar bien nutrida, que una en Chile, donde todavía tenemos enfermedades como la artrosis, porque allá probablemente las personas no la tengan, y viceversa; también en relación con enfermedades genéticas. Insisto, no me gusta compararme con los demás, solo me interesa saber qué es lo mejor para todos.

Muchas gracias.

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

El señor **CELIS**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar al doctor Paris y, del mismo modo, me sumo a los elogios que le han manifestado.

Hay una entrevista publicada en la revista Paislobo, 7 de enero de 2025, que va más o menos en el mismo tenor de la exposición que hizo acá, respecto de la cual quiero hacerle algunas preguntas, no respecto de lo que dijo, sino de cómo desarrollar o realizar lo que él sugirió en esa entrevista.

Entre otras cosas, dijo que había que fortalecer la atención primaria y mejorar la distribución de especialistas en Chile. Entonces, me gustaría saber cómo poder hacerlo. Él insiste en que hay que robustecer la atención primaria y corregir la distribución de los especialistas en Chile. Estoy absolutamente de acuerdo con eso, pero me gustaría saber cómo hacerlo; definir si es materia de ley, materia de presupuesto, etcétera. En la entrevista recalca eso, que hay que fortalecer la atención primaria y hacerla más resolutive.

Después, dice que no se ha logrado modificar el Código Sanitario y que muchos profesionales están impedidos de atender pacientes, cuando podrían hacerlo -y también lo mencionó acá-, lo que genera demoras en la atención. Obviamente, es cierto que hay que modificar el Código Sanitario, y eso es de Perogrullo, y mi impresión es que nos falta valentía para lograrlo. Muchas veces, preferimos no modificarlo para no tener problemas con los profesionales o los técnicos, porque es sabido hay roces entre ellos. Todos los gobiernos tratan de hacerlo, pero cuando ven que hay ciertos conflictos, prefieren dejarle la tarea al gobierno siguiente.

Me gustaría saber su impresión sobre cuáles considera que son las profesiones que debieran modificarse, qué facultades se necesitan para obtener soluciones y ayudar a que avancen más rápido las listas de espera.

También se refirió a la falta de médicos especialistas, que mientras en Santiago había un 50 por ciento, en la Región de Los Lagos solo un 3,36 por ciento, por lo tanto hay desigualdad.

Respecto de la desigualdad señala que no basta con proponer incentivos que sean necesariamente económicos para fomentar la presencia de médicos especialistas en regiones, sino más bien lo que habría que hacer es garantizarles condiciones para quedarse, por ejemplo, un buen equipamiento y un lugar digno

donde vivir, lo que es bueno y necesario, aunque lo esencial es que tengan un acceso continuo a capacitación y apoyo profesional para evitar que se produzcan sobrecargas laborales. Es decir, le da más importancia a que tengan un buen vivir, por así decirlo, en cuanto a lo laboral, que recibir un incentivo económico o una casa cómoda. En definitiva, lo esperable es que no tengan una carga de trabajo excesiva. Entonces, me gustaría saber cómo se podría hacer eso.

Por último, dice algo que reiteraré acá, en el sentido de que estamos frente a una lista de espera incluso más alta que la que hubo en pandemia.

Asimismo, indicó que hay que crear más centros de Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR). En este punto, me gustaría conocer su parecer, si él estaría de acuerdo con aumentar el presupuesto de la nación para la construcción de más SAR y en qué regiones hacen falta.

Por otro lado, hizo una pequeña mención al proyecto de ley Fármacos II respecto, que tiene relación con la baja de los precios de los medicamentos, materia en la cual, lamentablemente, no se ha avanzado, no solo porque este Congreso Nacional no lo haya tramitado, sino porque lamentablemente el tema está en la justicia. Entonces, quería acotar que no es solo falta de voluntad de este Congreso, sino que hoy el tema está radicado en el Ministerio Público.

Gracias.

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

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar al exministro de Salud, doctor Paris, a quien le agradezco la presentación, porque tocó temas muy importantes para mí en lo personal, que he estado ligado a las redes asistenciales por veinte años, siendo director de un hospital

de alta complejidad, de un servicio de salud y de redes asistenciales macrozonales.

Lo de las listas de espera es un tema que se arrastra por décadas y, a veces, no entendemos de qué se trata. En el proceso de atención secundaria, desde que le damos la interconsulta, el paciente queda en lista de espera. Por eso, esta nunca va a llegar a cero. Lo que podemos hacer es disminuir los tiempos de espera, y en ese intertanto, probablemente, vamos a tener cada vez más pacientes, porque hay más población en Chile, la gente tiene más acceso a la salud y son derivados a especialistas. Probablemente, esa sea la causa por la que tengamos más personas hoy en día en lista de espera. Es el tiempo de espera la medición en la que tenemos que enfocarnos si en verdad queremos tener una mejor red asistencial.

Por eso, creo que es muy atinente e importante lo que señaló respecto de la eficiencia del sistema. Cuando hay suspensión de pabellones por causas administrativas eso significa una falta de eficiencia del sistema, significa que hubo una falla en la red, en el hospital o donde se haya producido.

Aparte, hay otro tema que se ha invisibilizado, que tiene que ver con las personas que no se presentan a una consulta de especialidad, cifra que alcanza cerca de un 15 y hasta un 20 por ciento, dependiendo de cada hospital. Si se totaliza a nivel país, son casi 2 millones de personas las que pierden su hora médica por no asistir todos los años. Si uno lo mira, son cifras gigantes.

Entonces, la gestión de pérdida de esas horas, que no se presenta en la gestión de reemplazo de estos pacientes, se puede hacer sin necesidad de aumentar recursos. O sea, eso es lo que habitualmente hacen y debieran estar haciendo las redes asistenciales, pero que a veces se les olvida, cuando no se

los colocan en un compromiso de gestión. Cuando no tienen más recursos empiezan a hacer eficientes sus procesos.

Por lo tanto, uno de los temas que celebro que haya tratado el ministro dice relación con las causas administrativas de suspensión de pabellones. Yo agregaría el tema de reemplazo de los "no se presenta" en los policlínicos de especialidad.

Asimismo, hay un tema muy importante respecto de los especialistas, porque aumentar la resolutiveidad de la atención primaria disminuye la referencia al nivel secundario. Ese es el mecanismo por el cual finalmente, cuando existe mayor resolutiveidad en la atención primaria, que es municipal, se tiene menos cantidad de pacientes que son derivados, por lo tanto también hay menos espera y una atención más cercana. Es muy similar a lo que pasa cuando dentro de los hospitales de alta complejidad un especialista deriva a otro especialista dentro del mismo hospital, donde los tiempos de espera no se miden, pero son bajísimos. Lo mismo ocurre en atención primaria cuando el especialista está ahí.

Creo que ello sumaría a lo que se ha planteado respecto de las capacidades de la red para tener más especialistas. Eso fue señalado por los médicos generales de zona respecto de su ciclo, ya que generalmente aquellos siguen el ciclo del Período Asistencial Obligatorio (PAO), pero después este queda en el aire. Lo que planteaba la mayoría de ellos, no haciéndome cargo de los casos puntuales de gente que cumpliendo un ciclo quiere salirse o que no cumple, en general quieren permanecer. Pero no existe una política que una a los Médicos Generales de Zona (MGZ) con los PAO, con el servicio de salud después otorgándole una carrera que continúe, vale decir, un contrato posterior al PAO. Ese un tema que se ha planteado varias veces en varias administraciones y también podría generar adhesión en los médicos generales de zona que han realizado su ciclo en

regiones más extremas y que quieren quedarse, pero no tienen la facilidad de una carrera continua.

Eso quería aportar.

Gracias, señor Presidente.

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

La señorita **NUYADO** (doña Emilia).- Señor Presidente, quiero referirme al último análisis que hizo el doctor Paris como exministro, conocedor de la situación que ocurre en el sistema público y privado de salud. Él señaló expresamente: "el derecho a la atención de salud del paciente según la patología, según su dolor".

En ese sentido, las listas de espera que se han confeccionado hoy no están respondiendo a lo que él ha indicado, porque muchas de ellas obedecen a ciertas especialidades que se han derivado en los tiempos en que se ha planteado, pero tenemos a muchas personas diagnosticadas con artrosis. En Osorno, hay un caso de una persona con artrosis de mano y coxartrosis de cadera izquierda y derecha, lo que le impide realizar cualquier tipo de actividad. Considerando esa patología, que no es un cáncer, también es una situación que a ella no le permite vivir sin dolor ni con movilidad. De manera que muchas veces nos encontramos en sectores rurales donde nadie de la familia puede apoyar a una persona en esas condiciones.

Por lo tanto, como he planteado al director de salud de Osorno, no necesariamente debiéramos estar de acuerdo con el orden, sino también con que muchas personas puedan estar en un listado para saber también la situación de su patología. En ese aspecto, en la revisión de las listas de espera debiera haber en algún minuto un ordenamiento de acuerdo con lo que usted señala, es decir, cómo ordenamos las patologías muy complejas y, al mismo tiempo, aquellas que están causando tanto

dolor en cada paciente. Si no les entregamos la solución, puede ocasionar una situación mucho más grave y terminar con la vida de cada uno de ellos.

En ese sentido, valoro tanto lo que señaló primero como también el aporte constructivo para buscar una solución. Efectivamente, podemos tener muchas críticas respecto de cómo ha operado el sistema de salud, pero hoy nos interesa ver cuáles debieran ser las soluciones más rápidas para que los ciudadanos puedan tener una mejor atención.

Usted también indicó que es urgente revisar los casos de cáncer de mamas y cervicouterino, porque están muy retrasados, en el caso de las mujeres.

También manifestó que hay una mala distribución de los especialistas en las regiones.

Asimismo, en la sesión de ayer tuvimos la posibilidad de analizar el tema con los representantes del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas y de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile ayer, quienes plantearon que se había generado un gran déficit durante el proceso de formación y la distribución, lo que también tiene que ver con la capacitación permanente en la salud primaria.

Tal vez sería importante tener esas consideraciones respecto de la modificación del Código Sanitario, porque usted lo ha expresado claramente, y con eso tendríamos una atención primaria mucho más resolutive. Ojalá que el Colegio Médico de Chile también pueda entender que estamos en una situación de crisis, por cuanto se pueden sentir afectados los derechos de los doctores. Por lo tanto, debiera establecerse desde el propio Colmech la apertura a esta discusión en este momento de crisis en que nos encontramos, pues debiéramos entregarle a la ciudadanía la mejor atención.

Me preocupa, respecto de cómo revisar la actuación del Fonasa, lo que usted señaló de que solo el 65 por ciento se está gastando en licencias médicas. Pero, ¿a qué corresponde el otro 35 por ciento? Me gustaría que lo aclarara.

Otro tema que se manifestó en cuanto al Ministerio de Salud es la falta de control en las listas de espera, porque todavía no se cuenta con una ficha electrónica. Como bien señaló usted, no pueden seguir perdiéndose las fichas ni los exámenes de los pacientes, porque a veces ellos deben solicitar tres o cuatro veces los mismos exámenes, pero cuando llega el día de sus respectivas atenciones ya es demasiado tarde. En consecuencia, debe incorporarse a la discusión a los municipios, porque están involucrados directamente en la salud primaria.

Además, me gustaría consultar a nuestro invitado cómo podría solucionarse aquella situación, porque se ve un aislamiento entre lo que se realiza, con los mismos recursos del Estado, a través de los municipios, pero esto a veces no se coordina con el propio director del Servicio de Salud. Por lo tanto, dado que estamos fallando en esta primera parte, tal vez deberíamos tener una mejor coordinación. Pero, quiero escuchar de sus palabras cómo se pudiera realizar aquello.

Asimismo, me gustaría que se profundizara más lo que usted señaló sobre el proyecto piloto que realizado en Reloncaví, porque ello tal vez posibilitaría que no se siguieran suspendiendo algunas cirugías. En caso de que faltare alguien de ese equipo preparado, existiría la posibilidad de que en un servicio de salud u hospital haya otras personas que puedan suplir esa falta, para no tener que suspender una cirugía, cuando haya ausentismo laboral a consecuencia de cualquiera situación que le ocurra al equipo médico.

Muchas gracias.

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

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, saludo al doctor Paris. Sin duda, es un privilegio contar con su presencia en esta comisión, por la vasta experiencia que tiene en estos temas.

He escuchado con mucha atención la intervención del doctor. Si bien es cierto hay algunos antecedentes que conocíamos, había otros que nuevamente tienden a sorprendernos, como, por ejemplo, lo que manifestó la diputada Nuyado respecto de que el 65 por ciento del presupuesto del Fonasa se gasta en licencias médicas. O sea, me parece algo increíble; es un dato que yo no tenía. También, por ejemplo, estamos lejos del promedio internacional respecto de las suspensiones de los pabellones: internacionalmente, es un 3 por ciento y nosotros estamos en el 8 por ciento, debido a causas administrativas.

Usted señaló que no faltan pabellones, sino que las suspensiones se deben mayoritariamente a causas administrativas.

Razonando un poco, al escuchar ahora también, las listas de espera son tan largas y la gente va a pedir una hora, le dan una hora para no sé cuándo, y si es para un año después, por supuesto, a la gente se lo olvida. Yo sé que los servicios de Salud van recordándoles, una y otra vez, a los pacientes. Yo había escuchado el dato que entregó el colega acá, porque mi señora trabaja en el servicio de salud, y es increíble cómo se pierden las horas que la gente pide. Otra vez, un tema administrativo.

Entonces, con la experiencia que tiene el doctor Paris, como expresidente del Colegio Médico de Chile en dos períodos y exministro de Salud, me gustaría -no quiero ser impertinente, pero usted estuvo a cargo del ministerio- que hiciera un diagnóstico muy claro respecto de cómo se puede solucionar

esto. Usted estuvo ahí, vivió la pandemia, lo hizo muy bien en eso, pero seguimos con este tema, más aún cuando uno mira que hay 3 millones de personas que están esperando atención, nos damos vuelta en lo mismo y siempre escuchamos muy buenos diagnósticos en esta comisión. Quiero insistir en que se sabe dónde estamos fallando, pero no sabemos cómo resolver los temas en que estamos fallando. ¿Qué pasa? ¿Hacia dónde vamos? ¿Tenemos alguna posibilidad algún día de resolver o de minimizar que esos 3 millones de personas sigan en listas de espera?

Gracias, señor Presidente.

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

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, saludo al doctor Enrique Paris.

Quiero hacer una pregunta relacionada con el quehacer de esta comisión especial investigadora, que, al final, debe tener conclusiones que estén dentro de nuestro ámbito. Nosotros no somos un tribunal y no podemos determinar responsabilidades, pero sí podemos hacer recomendaciones al gobierno en cuanto a leyes y en algunos temas en ese sentido.

Por eso, quiero preguntar al doctor, ahora con la perspectiva del tiempo, habiendo dejado el ministerio, con la experiencia que ha tenido en la parte profesional, en el Colegio Médico, en el ministerio y, ahora, en la docencia, ¿qué nos pediría? ¿Qué le pediría al Parlamento? ¿Qué hubiera echado de menos en su gestión que hubiera permitido resolver este tema? Tal vez, si hubiera contado con estas herramientas en el Ministerio de Salud, usted hubiese podido hacer este tipo de políticas, con habilitación legal. ¿Qué nos pediría? ¿Qué pediría al Congreso Nacional, que cree que es el nudo que habría que desamarrar, para iniciar un camino de solución sobre este tema? Lo que es

muy difícil, es muy desafiante; pero si hay algo en que nosotros podamos colaborar desde el punto de vista legislativo, sea con el patrocinio del Ejecutivo o en el ámbito propio del Congreso Nacional.

Eso es todo, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Finalmente, quiero agradecer al doctor Enrique Paris por su disponibilidad para asistir a esta sesión de la comisión especial investigadora.

Quiero hacer tres preguntas y una pequeña reflexión. La primera es respecto de la gobernabilidad del sistema de salud. Hoy tenemos un sistema, en su parte asistencial, que consta de 29 servicios de salud, eventualmente de 30, porque seguimos esperando el Hospital Digital. También tenemos una cantidad relevante de hospitales autogestionados y, si bien no todas las municipalidades administran atención primaria, al menos en torno a 200 y algo municipios administran atención primaria de salud.

¿Es gobernable este sistema de salud con todos estos actores? Obviamente, más el sistema privado, con cada una de sus clínicas, algunas que funcionan como *holdings*, otras que funcionan exclusivamente como único centro. ¿Es gobernable este sistema de salud, tal como está actualmente? ¿Y cuánto ve que contribuye a las dificultades de avanzar en listas de espera la gobernabilidad y las características de la organización del sistema? Esa es una primera pregunta.

La segunda pregunta es respecto de que ha habido una pequeña controversia en cómo se evalúa el funcionamiento o el manejo de las listas de espera. Se ha hablado de tiempos de espera, que son días que lleva una persona en espera; volúmenes, sea de pacientes o de registros; promedios, mediana.

En su experiencia, ¿cómo cree que debemos ir mirando la situación de las listas de espera para ir evaluando la gestión

de estas? ¿Cuál es su evaluación del sistema de gestión de tiempos de espera (Sigte), que se estaría actualizando?

Y la reflexión final dice relación con los comentarios que se han vertido en la atención primaria de salud. Aquí, la mayoría de los colegas son especialistas, pero a mí me tocó al menos trabajar en la atención primaria de salud en todo mi ejercicio profesional. También el diputado Enrique Lee dice que estuvo en atención primaria de salud antes de entrar a operar.

Efectivamente, se habla siempre de hacer más resolutive la atención primaria de salud, pero eso es entregar herramientas y confiar en los profesionales médicos que están en la atención primaria de salud, producto de que, efectivamente, cuando tú no tienes acceso a exámenes diagnósticos, algunos de los cuales son bastante básicos, finalmente no puedes afinar diagnósticos. Casi te piden afinar diagnóstico y tener una certeza de diagnóstico para derivar al especialista con un hemograma, que puede decirnos mucho sobre algunas enfermedades, pero sobre otras casi nada.

Entonces, desde esa perspectiva, más que una pregunta es una reflexión: cómo damos a la Atención Primaria de Salud herramientas en exámenes de laboratorio e imagenológicos, que cada día están más disponibles para afinar diagnósticos, mejorar la derivación con diagnósticos más certeros y evitar derivaciones innecesarias, dado que uno no cuenta con esos exámenes. Porque si tú tienes un par de sospechas diagnósticas y no tienes cómo confirmarlas, te ves en la obligación de derivar, sobre todo porque muchos pacientes no tienen la capacidad, o incluso algunos municipios o corporaciones municipales, dan la instrucción entendible de que tú no puedes requerir exámenes que no estén contemplados dentro de la cartera de exámenes de la atención primaria de salud.

Entonces, uno queda un poquito encerrado: o derivas o derivas, porque no puedes afinar los diagnósticos con los conocimientos que adquirió después de siete años de trabajar, lo cual también, para muchos colegas, es frustrante.

Ofrezco la palabra al doctor Enrique Paris, para que pueda responder las preguntas o reflexionar sobre los comentarios realizados.

El señor **PARIS** (exministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, muchas gracias.

Voy a comenzar en el orden en que intervinieron los honorables diputados, pero antes de eso, lo que dice el diputado Jorge Saffirio me toca mucho, profundamente, porque él dice cómo no se hizo todo lo que usted piensa que se debería hacer o cómo no se ha hecho o cómo no lo hizo usted; en fin. Es verdad, es así. Desde fuera o teniendo la posibilidad de pensar un poco, de razonar o de estudiar o de hacer estudios, claro, uno va adquiriendo otra mirada. También yo adquirí otra mirada, tenía una mirada diferente cuando era presidente del Colegio Médico, justamente con el Código Sanitario, a cuando llegué a ser ministro, y es la evolución normal que tenemos todos como personas, como parte de la sociedad.

Al Presidente Gabriel Boric se le ha dicho lo mismo, que ha evolucionado en el tiempo, y claro que es lógico y que es algo que debe ocurrir, porque si uno no respondiera a las variables del sistema, a las variables de la sociedad y se quedara estancado, sería bastante negativo.

Respecto de la primera intervención del diputado Hernán Palma, trabajé codo a codo con las trabajadoras sociales durante la pandemia -no las nombré en el listado-, las cuales son fundamentales no solo para ayudar a solucionar problemas, sino también para tomar decisiones, acompañar a las familias y buscar caminos de buena atención. Así que, creo, evidentemente,

que en el Código Sanitario deben tener una labor preponderante, por eso las incorporamos. Como usted bien dice, en los equipos de salud quizás falta desarrollar más la formación psicosocial, y por eso es muy importante conversar con la Asofamech, con las autoridades universitarias. Creo que la diputada Nuyado también habló sobre eso, o de las reuniones que ustedes han tenido con las autoridades que forman a nuestros equipos de salud.

Los programas de atención primaria versus los programas de los hospitales deben ser complementarios.

Ahora, también debo decir que la atención primaria debe ser resolutive. Y me alegra que el gobierno actual, sobre todo el Ministerio de Salud, esté trabajando en hacer resolutive la atención primaria, pero, desgraciadamente, solo le queda un año y no hemos avanzado en eso. Quizás, la presencia del doctor Erazo habría sido interesante en eso. Como dije, ¿en qué sentido hay que hacer resolutive la atención primaria? Primero, que tenga especialistas. A los especialistas básicos, que son de medicina interna, pediatría y obstetricia, hay que agregar la psiquiatría. Quizás no sea necesario que cirugía esté en la atención primaria, pero es fundamental. Segundo, que tenga exámenes de laboratorio, o sea, que la atención primaria sea capaz de dar una respuesta resolutive al paciente y no hacerlo ir cada vez al hospital. Por eso, promoví mucho y me gustaría que se construyeran más SAR, porque estos tienen una excelente ambulancia de transporte, exámenes de laboratorio, radiología, equipo de kinesiólogos, un lugar para rehabilitación y una buena cantidad de medicamentos.

Entonces, obviamente, lo ideal sería que la atención primaria contara con especialistas y con exámenes de laboratorio e impidiera la derivación. La gente quiere que la atiendan cerca de su domicilio, cerca de su casa o en su barrio, eso es

fundamental, y que también tenga una cantidad adecuada de medicamentos.

Varios diputados hablaron del dolor, entre ellos la diputada Nuyado y el diputado Palma. Hay que recordar que ustedes mismos aprobaron una ley de cuidados paliativos, pero no para el cáncer. O sea, existe una ley de cuidados paliativos para las personas que sufren de dolores, y eso hay que aprovecharlo y desarrollarlo al máximo. Así que hay que difundir esa ley, es muy importante, porque ustedes la aprobaron.

El diputado Sáez me preguntó qué es lo aceptable, y lo aceptable es que no haya listas de espera, pero, desgraciadamente, es un fenómeno universal, mundial, relacionado con nuevas posibilidades de tratamiento. Hoy, nuevamente viene marchando una familia con un niño con distrofia muscular de Duchenne.

Cada vez que aparezcan nuevos tratamientos, cada vez que aparezca nueva evidencia médica de que hay posibilidades de curar enfermedades que antes se creían incurables, por ejemplo, todas las enfermedades raras o poco frecuentes, van a aumentar las listas de espera. Cada vez que el país envejezca más, tal como está ocurriendo -nos parecemos a Europa en ese sentido- vamos a tener más listas de espera.

Ahora, ¿qué es lo ideal? Obviamente, disminuir el período de espera. El diputado Lagomarsino me preguntó sobre qué es la mediana y qué es el promedio. El gobierno actual cambió de promedio a mediana, por eso ya bajó unos puntos la espera. En ese sentido, creo que, en los cálculos estadísticos, ojalá, se mantenga una misma política a lo largo del tiempo, porque, de lo contrario, después no se pueden comparar los resultados de la aplicación de la política sanitaria.

El gobierno actual cambió de promedio a mediana, porque lo aconsejó la OCDE, pero qué tiene que ver la OCDE con temas de

salud. Claro, tiene que ver, en parte, pero yo aceptaría más bien las recomendaciones de la OMS o la OPS. Esa es una discusión que va a seguir presente; pero, a pesar de eso, el Presidente prometió bajar el promedio o la mediana a 200 días, pero desgraciadamente ya no se logró. De hecho, las comparaciones que se han hecho con el 2011 son absolutamente incongruentes, pues deberíamos compararnos con el 2019. Incluso, comparado con el 2019, el promedio de días de espera es mayor que en la etapa prepandémica; esto lo publiqué hace pocos días en biobiochile.cl

Entonces, sobre las listas de espera mayores a seis meses, que puede ser de 6 o 18 por ciento, según los países, debemos ponernos de acuerdo en algo que sea aceptable pensando en los pacientes y no tanto en lo que haya que comunicar o publicar.

El diputado Lee habló sobre la formación de especialistas. Creo que la universidad que está en Arica, que apoyé ciento por ciento cuando fui presidente del Colegio Médico, con el doctor Octavio Enríquez, que asesoró en la formación de esa escuela, o la que está en Punta Arenas, ese tipo de escuela de medicina debe formar especialistas; todas las escuelas de medicina o todas las escuelas de salud parten formando, obviamente, o trabajando con pregrado, pero deben avanzar a postgrado.

Como estudiamos eso, sabemos que el médico, la matrona o la enfermera que estudia y se especializa en regiones se quedan en la región, en cambio, cuando se va a estudiar a Concepción, a Santiago o a Valparaíso, hay una tendencia a quedarse fuera de la región de origen, por lo tanto debe haber incentivos para volver a sus lugares de origen.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe que lo interrumpa, doctor Paris.

Solicito el acuerdo para prorrogar el término de la sesión por diez minutos.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Puede continuar, doctor Paris.

El señor **PARIS** (exministro de Salud) [vía telemática].- Señor Presidente, como dije al diputado Lee, hay que trabajar con las asociaciones de universidades y con la Asofamech (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y reconocer a los médicos extranjeros; hay que buscar un mecanismo para certificar las especialidades de los médicos extranjeros.

Siendo presidente del Colegio Médico de Chile, yo tenía otra visión, pero si el médico está bien formado, dio sus exámenes correspondientes y tiene un título que le reconoce la especialidad -y acá todas las asociaciones de municipalidades están luchando por esto-, debemos acelerar el proceso de reconocimiento de ese título de especialista para que pueda ejercer en el sistema público.

Respondiendo al diputado Lilayu, quien se tuvo que retirar de la sala, es una buena idea hacer una fuerza de tarea propia, una fuerza de tarea especial para las patologías de cáncer. Creo que deberíamos avanzar en tener un trato diferente, mucho más rápido, ágil, para todas las patologías de cáncer, especialmente para los cánceres de origen femenino como el cervicouterino o el cáncer de mamas, que, como ya dije, tienen los tiempos de espera más rápidos, sobre todo en las pesquisas de ese tipo de cáncer.

El diputado Celis se basó en una entrevista que di, y mantengo todo lo dicho en ella. Uno de los temas importantísimos y que no se ha tratado, no lo hemos discutido, es que finalmente hay que aumentar el presupuesto de salud, porque si no se aumenta, en el futuro -en concordancia con el Ejecutivo, porque debe

tratarse de una iniciativa que provenga de él- vamos a seguir teniendo problemas. Sin embargo, no todo implica dinero. Y a propósito de eso, lo que dijo el diputado Rosas, que tiene amplia experiencia en gestión, creo que es un punto clave, o sea, no solo se requieren recursos, se requiere mejor gestión, se requiere formar en gestión, se requiere mantener a los directores de servicios y hospitales durante un tiempo prolongado, no hay que sacarlos cada vez que haya cambio de gobierno.

Se requiere respetar los concursos por Alta Dirección Pública, respetar los estudios o formación profesional que tengan esos equipos de salud; y no solo estoy hablando de los médicos, hay enfermeras que han estudiado un montón, matronas que se han especializado en administración.

Por lo tanto, creo que hay que aprovechar todo ese tipo de personal y aumentar la eficiencia del sistema; es un punto clave aumentar la eficiencia del sistema y gestionar.

Muchos se preguntaron por qué se pierden horas, por qué la gente no llega a pabellón. Al respecto, bastaría con colocar una o dos enfermeras que estén llamando por teléfono al paciente el día anterior o dos días antes, recordándole la cita o preguntándole si asistirá o no, porque, a lo mejor, solucionó su problema por otra vía o está más enfermo y ese día no puede ir. Basta con tener un centro de llamadas desde pabellón o desde donde sea, que no es una gran inversión, para que se haga un seguimiento de los pacientes, se les recuerde que no tomen anticoagulantes, que traigan los exámenes de laboratorio o, si no va a ir a atenderse, que lo diga para darle el cupo a otra persona. Obviamente, lo anterior va unido con aumentar la resolutiveidad en el sistema de atención primaria.

Durante cuatro años fui médico general de zona en el hospital de Achao, en Chiloé. Creo que debería haberme quedado por más tiempo; en realidad, después lo pensé. Es verdad lo que dice el diputado Rosas, en el sentido de que actualmente -eso no ocurría antes- muchos médicos generales de zona quieren permanecer en la zona, se encariñan con la zona y con los habitantes, pueden tener una muy buena relación con la atención primaria, con el municipio correspondiente.

Entonces, quizá, respondiendo a una de las preguntas del diputado Romero, se puede introducir un tipo de modificación al Reglamento de Profesionales Funcionarios Generales de Zona para aquellos que quieran permanecer más tiempo, porque también se les fija un tiempo; o sea, si no toman la beca después de seis años, pierden la posibilidad de ocuparla. Es insólito, no debería ocurrir, de manera que hay que buscar una solución.

Creo que sería un gran aporte a la atención primaria el médico general de zona, bien formado, con capacidad resolutive que le permita solucionar problemas de todo tipo. Uno olvida que los médicos generales de zona son parte de la atención primaria, a pesar de que puedan estar en un hospital, son hospitales pequeños, el hospital de Achao tenía 30 camas, yo estaba en la atención primaria y lo que más hacía era policlínico y visitas a los consultorios periféricos, a las islas.

Ahora bien, coincido plenamente con la diputada Nuyado, con quien me encontré una vez en San Juan de la Costa, durante la inauguración de un Centro de Salud Familiar (Cesfam), lo recuerdo perfectamente.

En cuanto al tema del dolor, como dije, hay que aprovechar mejor la ley de cuidados paliativos; para clasificar o calificar cuánto tiempo debe esperar una persona, hay que introducir algunos patrones, algunos temas que son

prioritarios. Uno de ellos es el dolor, otro sería la rapidez con la que avanza tal o cual enfermedad y otro sería si el paciente, por ejemplo, es padre o madre de familia, por lo que necesita volver a trabajar lo antes posible.

Al respecto, el servicio social o las trabajadoras sociales nos pueden ayudar a determinar qué personas debieran tener una atención prioritaria en la lista de espera, para que el paciente reciba la atención necesaria, a fin de que se le solucione el problema con facilidad. En relación con eso, ella mencionó al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (Cruch).

Lo que sorprendió mucho al diputado Saffirio sobre las licencias médicas es así. En un seminario que hicimos propusimos realizar una modificación profunda al sistema de licencias médicas. Chile es un país excepcional en el tema de licencias médicas; sin embargo, hay que recordar siempre, como primera premisa, que la licencia médica es un derecho. Es decir, el médico tiene derecho a emitir una licencia médica, porque es parte del tratamiento del paciente. Ese es el punto de partida base. De ahí en adelante obviamente hay que buscar soluciones, si se va a pagar el ciento por ciento o no o si la licencia va a ser interminable o no. Por ejemplo, al paciente que tiene una enfermedad grave, que no va a volver a trabajar, mejor darle una pensión de invalidez en vez de que siga con licencia por dos o tres años. Esto hay que solucionarlo rápidamente con el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

La ficha electrónica también se trató como tema. Es fundamental que haya una sola ficha a nivel país, para que exista la posibilidad de que el paciente se haga exámenes en Arica, pero se atienda en Antofagasta o en Santiago y lleve

todo en su ficha clínica al recinto en el que va a ser atendido en atención terciaria.

En cuanto al proyecto piloto de Reloncaví, lo hicimos en conjunto con el Servicio de Salud del Reloncaví, con asistencia universitaria. Este consiste en lo que llamamos pabellón docente; es decir, que todo el equipo de pabellón sea capaz de cumplir o de suplir las funciones de todos, aunque, obviamente, en el caso del anestesista o del cirujano es más difícil, pero el resto del equipo puede ser multipropósito, eso hay que facilitarlo.

Reconozco que el Ministerio de Salud actual, ya lo dije, implantó un piloto en cuatro regiones para agilizar la atención quirúrgica, lo que ha dado buenos resultados. Esa iniciativa partió con el anterior subsecretario de Redes Asistenciales; creo que dicho piloto debe ser evaluado y, si ha funcionado bien, debe ser generalizado. La propuesta consiste en cosas muy simples como -reitero- colocar a una o dos enfermeras que estén llamando por teléfono permanentemente para corroborar que el paciente va a asistir; lo mismo para los controles de especialidad.

En relación con la pregunta del diputado Agustín Romero en cuanto a qué propondría, hay varias propuestas que hicimos a partir del Instituto de Políticas Públicas en Salud (Ipsuss). Lo primero a tratar es el Fonasa, asegurar la gobernabilidad; lo segundo, los hospitales carecen de incentivos para tener buenos desempeños; lo tercero, como dije, a propósito de un comentario del diputado Rosas, respetar el sistema de Alta Dirección Pública (ADP), respetar a la gente que tiene carrera, no cambiarla cuando haya un cambio de gobierno, despolitizar, en ese sentido, la administración de los hospitales y que el Ministerio de Salud ejerza su rol rector.

Recuerden que se propuso que, en general, la Subsecretaría de Redes Asistenciales desapareciera, porque ellos son juez y parte. Entonces, es muy difícil que dicha subsecretaría critique a su director de servicio, por lo que debería estar, obviamente, por separado.

También, creo que hay que avanzar en el Código Sanitario. Ojalá que se solucione, ya lo dijo el diputado Celis, el proyecto de ley de fármacos II, que está detenido por un problema que terminó en la justicia; ojalá que eso se solucione rápido.

En relación con la pregunta el diputado Saffirio, hicimos un estudio de pabellones y fíjense que en Chile el uso de pabellones alcanza solo a un 65 por ciento, mientras que en otros países el estándar es de 85 por ciento. Si subiéramos el uso de pabellones a nivel nacional de 65 por ciento a 85 por ciento, calculamos que se podrían realizar 500.000 intervenciones más al año, lo que ayudaría a disminuir rápidamente las listas de espera, porque en ellas hay más de 300.000 pacientes, pero se están operando pacientes todos los días.

De las preguntas del Presidente de la comisión, diputado Lagomarsino, es evidente que hay un problema de gobernabilidad, hay que "separar aguas". El Fonasa debería ser mucho más independiente, quizá, debería tener un directorio independiente y que su director responda ante ese directorio. Cabe recordar que cuando Cruz-Coke y Allende formaron el Servicio Nacional de Salud en la década de los 50, una de las cosas más llamativas e importantes es que se tenía un directorio en que estaban presentes los pacientes; en la ley del cáncer hicimos lo mismo. En la ley del cáncer hay un directorio en que están presentes los pacientes. El director del Fonasa debería responder ante ese directorio y,

obviamente, ser capaz de cumplir lo que le fija la ley, pero está atado de manos en muchos aspectos.

Ahora bien, propongo al diputado Romero revisar todo lo que implican el Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para ver cómo se puede hacer una separación de funciones y ser mucho más estricto en el control de la función de ellos.

No me quiero referir a la Superintendencia de Salud, pero también creo que requiere una revisión.

En relación con la controversia sobre la opción entre mediana y promedio -reitero-, en salud pública siempre es bueno mantener una forma de medir y no ir cambiando, porque eso no permite comparar.

Por otro lado, ya dije que la APS debe ser resolutive y afinar los diagnósticos.

En la época del doctor Julio Meneguello, en el hospital Roberto del Río, los médicos especialistas tenían la obligación de ir al consultorio dos veces por semana. Así, los broncopulmonares o los cirujanos infantiles iban, captaban a los pacientes y después ellos mismos los recibían en el hospital. ¿Qué mejor manera de acelerar la atención de un paciente que requiere lista de espera? Eso, quizás -y creo que también se recordó-, habría que repetirlo.

Trabajé mucho con don Julio Meneguello, quien era un gran pediatra, al igual que el doctor Kaplán. A veces, nos olvidamos de los grandes médicos que Chile ha tenido, como los doctores Monckeberg, Kaplán y Meneguello, entre otros. En el norte, cuando desapareció la malaria, estaba don Juan Noé. En fin, creo que eso también es importante recordarlo.

Esos son mis comentarios finales, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias, doctor Enrique Paris, por su excelente presentación.

Finalmente, agradecemos mucho su concurrencia a la comisión.

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

-Se levantó la sesión a las 10:00 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.