

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°18, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN MARTES 08 DE ABRIL DE 2025, DE 08:40 A 10:00 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió a la Jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doña María Gabriela Hoffman Rojas.

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 Jrisi Diamantidis Biterna.

I. ASISTENCIA

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

Participó de forma presencial la Jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doña María Gabriela Hoffman Rojas.

II. ACTAS

El acta de la sesión 17ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 16ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Correo confirmando asistencia la Jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, sra. María Gabriela Hoffmann Rojas. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió a la Jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doña María Gabriela Hoffman Rojas².

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.- Oficiar a la Jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, doña María Gabriela Hoffman Rojas, con el objeto de que tenga a bien remitir información detallada respecto al estado del registro de médicos extranjeros que se encuentran en proceso de reconocimiento de carrera o especialidad en Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), y de los 41 casos de Incumplimiento del Periodo Asistencial Obligatorio que se registran en la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=344989&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=345117&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.³

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 10:00 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

³ <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79841>

**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 18ª, celebrada el martes 08 de abril de 2025,
de 08:40 a 10:01 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Concurren la diputada señorita Emilia Nuyado, y los diputados señores Jaime Araya, Daniel Lilayu, Hernán Palma y Jorge Saffirio.

Asiste, en calidad de invitada, la señora María Gabriela Hoffmann Rojas, jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

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).- No hay documentos para la Cuenta, señor Presidente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- La diputada Emilia Nuyado me acaba de remitir, a la antigua, una lista de solicitudes de

invitaciones para la sesión del jueves en Osorno, que entrego a Secretaría. De todas maneras, la diputada se comprometió a enviarla electrónicamente al Secretario.

Ofrezco la palabra.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, para tranquilidad del resto, no estoy enfermo de las vías respiratorias; estoy con un problema...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Gastrointestinal?

El señor **PALMA**.- No, del aparato locomotor.

Señor Presidente, quiero saber cuándo se realizará la sesión que solicité, y que fue aprobada, en el Hospital Dr. Sótero del Río.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Diputado, todavía estamos agendando, pero probablemente será el 24 de abril.

Tenemos plazo máximo hasta el 5 de mayo para hacer todo, porque solicitamos una prórroga. Este jueves estaremos en Osorno.

El señor Secretario me aclara que solicitamos la prórroga.

El señor **PALMA**.- Eso fue solicitado en Sala, ¿no?

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En comités.

La gracia es no extendernos con estos puntos más bien administrativos, que podemos conversar en el chat.

Esta sesión es muy relevante, porque tenemos invitada a la doctora María Gabriela Hoffmann Rojas, jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, entidad que tiene el objetivo de dar continuidad, evaluar, coordinar los períodos asistenciales obligatorios y todo lo que tiene que ver con ellos.

Creo que ella nos puede entregar información muy valiosa para el objeto de la comisión.

Tiene la palabra la doctora María Gabriela Hoffmann.

La señora **HOFFMANN**, doña María Gabriela (jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, es un gusto saludarlo y, por su intermedio, a todas las diputadas y diputados.

Agradezco este espacio para contarles cómo hoy día está configurado el Plan de Formación de Especialistas.

(La invitada realiza exposición con apoyo de un PowerPoint)

En primer lugar, quiero contextualizar un poco.

Hoy, en el marco de la gestión de personas para la salud, creemos que es importante señalar que en el sector público - en los servicios de salud, más específicamente-, considerando los servicios, los establecimientos experimentales y la atención primaria dependiente, tenemos un total de 29.402 médicos cirujanos, de los cuales 45 por ciento son mujeres y 55 por ciento hombres. Y, en términos de especialistas y médicos generales, 17.331 son médicos especialistas y 12.071 médicos generales.

Respecto de los odontólogos, como se puede ver en la imagen, tenemos hoy un total de 3.169 profesionales odontólogos, de los cuales 2.172 son especialistas y 997 profesionales odontólogos generales. La distribución de horas semanales de cada uno es la siguiente: la de médicos, sobre 1.105.000 horas semanales de atención, y 115.053 horas, en el caso de los odontólogos.

¿Por qué nos parece importante esto? Porque una de las principales tareas que tiene el plan de formación es cómo

contribuimos a la distribución de médicos y de odontólogos dentro del país.

Hoy, cuando miramos los datos de distribución de médicos generales y especialistas por región, uno tiende a ver concentrado, y estos son datos muy coincidentes, en cuanto al comportamiento del sector con el comportamiento país, muy centralizado en la Región Metropolitana, la del Biobío y la de Valparaíso. Incluso, cuando uno mira los datos de la superintendencia, también se reflejan esos totales.

El ministerio ha venido haciendo un gran esfuerzo por el aumento de la disponibilidad de médicos y odontólogos generales y especialistas en los servicios de salud.

Si miramos de 2021 a 2024, hemos tenido un incremento de 25 por ciento respecto de los médicos generales en nuestras dotaciones, 12 por ciento respecto de los profesionales especialistas. En el caso de los odontólogos, hemos incrementado en 14 por ciento la dotación de especialistas en el sector en el mismo período.

Este dato es muy relevante, porque, en general, cuando uno mira la densidad de médicos por 10.000 beneficiarios del Fonasa, que es uno de los temas que nos interesa más, esta concentración que se veía en la lámina anterior tiende a un comportamiento un poco más homogéneo.

La Región de Aysén tiene un porcentaje mayor, porque tiene menor cantidad de población y mayor cantidad de especialistas, por una cuestión de distribución territorial, pero respecto del resto de las regiones del país el comportamiento es más o menos parejo y similar, considerando la población beneficiaria respecto del total de especialistas.

Este contexto es sumamente importante para explicar el plan de formación. Hoy nuestro plan está considerado con tres componentes: un componente de destinación, que nos permite

aportar a profesionales generales, médicos y odontólogos, prioritariamente, a la atención primaria de salud, tanto municipal como dependiente de los servicios. Un 38 por ciento de los médicos generales que están actualmente en la atención primaria de salud corresponden a profesionales del plan de formación.

Un segundo componente es la etapa de formación propiamente, que es todo el período de especialización de los profesionales, tanto en especialidades primarias como en subespecialidades. Esto considera todo el número de profesionales que esté en etapa formativa. Respecto de esta etapa, tal vez un dato general muy importante, es que los ingresos a la especialización se han incrementado en 21 por ciento desde 2021 lo que demuestra el esfuerzo de una política de Estado, porque el plan de formación es una política pública que tiene larga data. Si uno considera la etapa de destinación, surge en 1955. Este año, los profesionales generales de zona cumplen 70 años como política pública de distribución de médicos generales para la red, pero el plan de formación de especialistas de manera formal es de 2010. Por lo tanto, ha habido un esfuerzo del Estado por generar una mejor distribución y disponer de mayor cantidad de profesionales especialistas a lo largo del territorio.

Un tercer componente importante es el Período Asistencial Obligatorio, una estrategia que busca principalmente propiciar o fortalecer la distribución, representando en zonas extremas del país hasta el 35 por ciento de los que están especialistas disponibles en los servicios de salud.

Respecto de la etapa de destinación, equivale al 38 por ciento de profesionales que aporta el plan a la atención primaria con médicos y odontólogos generales. Aquí vemos, particularmente, la distribución de médicos, que en el caso de

la Región Metropolitana es solo de 19 por ciento. Tenemos profesionales generales que están focalizados en las zonas más desatendidas de la Región Metropolitana, con dificultad de provisión de médicos, pero evidentemente el fuerte del plan está en proveer de médicos generales a las regiones del país, regiones distintas a la Metropolitana, que tienen zonas rurales de difícil acceso, donde la provisión de médicos generales no sería posible de otra forma en algunos casos.

Todavía en esta estrategia tenemos profesionales únicos, médicos únicos en algunas zonas del país, en Aysén, por ejemplo. Entonces, cuando uno mira la distribución o más bien la contribución del plan al aporte de los médicos generales tenemos zonas como Ñuble, con 48 por ciento; Tarapacá, con 45 por ciento; Arica, con 42 por ciento.

En cuanto a la etapa de formación, tenemos este incremento de 21 por ciento de ingresos a especialización médica desde 2021 hasta 2024. En 2024 alcanzamos 1.434 cupos de especialización; o sea, hay 1.434 profesionales especializándose en este momento, tanto para especialidades primarias como derivadas. Esto es solo formación médica, porque la odontológica es considerada adicional a esta formación. Es el número más alto que hemos tenido desde el inicio del plan en 2010, lo cual refleja un fuerte compromiso del Estado y, particularmente, del Ministerio de Salud por disponer en la red pública de profesionales.

Estos son datos sumamente importantes, sobre todo cuando consideramos, también en términos de datos globales, que el sector público de salud atiende al 80 o 90 por ciento de la población, con una concentración de solo el 50 por ciento de los especialistas. Entonces, es un desafío importante y el plan en ese sentido tiene una gran contribución.

Actualmente gestionamos un total de 11.514 profesionales. Todos estos datos están con corte a septiembre de 2024. El próximo corte viene ahora.

De la destinación, hay un total de 2.700 profesionales médicos distribuidos en el país. En el fondo, el 38 por ciento de profesionales que les mostraba recién corresponde a 2.700 profesionales generales.

En el caso de la formación, tenemos 4.403 profesionales, considerando tanto a los médicos, como a los dentistas, químicos y bioquímicos, puesto que desde hace un par de años también formamos químicos y bioquímicos.

En términos del Período Asistencial Obligatorio, tenemos 4.155 profesionales, de los cuales la mayor concentración, por una cuestión de necesidad, está en los profesionales médicos, que son 4.122.

Hay un contexto importante que nosotros desde el plan siempre tenemos que tener a la vista, y esto es si somos efectivamente atractivos o no para los egresados, los profesionales que se están formando en medicina y que egresan de la carrera para entrar al sector público.

Si miramos el total de matrículas de primer año, los egresos de las carreras entre el período 2016-2023, y también cómo se han comportado nuestros postulantes para uno de los procesos de selección, que es el de recién egresados, vemos que somos una estrategia bien atractiva, porque tenemos cerca del 70 y 75 por ciento de los egresados de medicina optando por alguna de las alternativas de destinación, o sea, de desempeño general o de formación que nosotros ponemos a disposición de ellos.

Este año en particular, acabamos de terminar uno de los procesos más grandes, que es el proceso del recién egresado, con 2.049 postulantes.

Y este dato es importante también, porque nosotros, en general, en términos administrativos, tenemos una tasa de admisibilidad que es bien alta. De los 2.049 postulantes, 2.031 son admisibles, por lo tanto, en términos formales, todos cumplen con los requisitos que estamos pidiendo.

Si ustedes ven las líneas de tendencia, este año en este proceso de selección, la oferta universitaria, que es cuando las universidades ponen a disposición sus cupos de especialización para este proceso, fue de 769 cupos de especialistas, la oferta más alta que hemos tenido en este proceso de selección en largo tiempo, y logramos proveer 582 de esos cupos. Eso tiene que ver con una cuestión más de carácter personal de los interesados y motivaciones.

Ahora, este delta de cupos de especialización disponible está hoy en proceso de selección local. Con esto me refiero a que hemos distribuido esa oferta remanente a los distintos servicios de salud del país para que los servicios puedan desarrollar procesos de selección en los que puedan participar los médicos que están trabajando en sus dotaciones, puedan acceder a este cupo de especialización y luego volver a cumplir su Período Asistencial Obligatorio a nivel local.

Asimismo, es importante destacar que en este proceso de selección tuvimos un 15 por ciento de aumento respecto de la oferta que teníamos el año pasado. Esto es más bien para caracterizar los grandes esfuerzos que hemos hecho en coordinación con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, y por eso ponemos ahí la oferta de este proceso.

Todas las universidades, públicas y privadas, colaboran activamente con la formación de especialistas para el país. Hay universidades que tienen mayor capacidad formadora que otras, por cierto, pero hay otros planteles universitarios que, de su total de capacidad formadora, ponen a disposición del

plan el ciento por ciento, como, por ejemplo, la Universidad de Valparaíso, la Universidad Diego Portales, y así podría mencionar otras más.

La Universidad de O'Higgins es una universidad regional que ha abierto su capacidad formadora recientemente y toda está puesta a disposición del plan. Hay universidades que tienen un fuerte compromiso con el sur del país, como la Universidad Austral, la Universidad de Concepción y la Universidad San Sebastián en la zona más extrema. También estamos trabajando con la Universidad de Magallanes para poder desarrollar programas de especialización en dicha casa de estudios.

Un aumento importante de los cupos de especialización ha estado radicado en las líneas prioritarias del plan que tiene que ver con psiquiatría, tanto adulto como infantil, que es una de las principales necesidades del sector hoy día, y con imagenología en la línea de neurorradiología intervencional y diagnóstica, además de todas las especialidades del plan de cáncer.

Asimismo, este año en particular tuvimos una modificación legal que nos permitió ofrecer becas de cuatro años de duración en este proceso de recién egresados. Esto es importante, porque nos permite generar una distribución más temprana de especialistas en algunas zonas que tienen mayor necesidad asistencial. Por ejemplo, en este caso está oncología médica, especialidad que hasta antes de esta modificación nos tomaba los tres años de la especialidad primaria más los dos años de la derivada; o sea, un total de cinco años en solo formar al profesional.

Hoy redujimos un año de tiempo y este profesional vuelve a desempeñar su Período Asistencial Obligatorio (PAO) durante ocho años, porque su formación dura cuatro, en la región que corresponda. Evidentemente, los cupos de especialización

disponibles en este proceso estuvieron distribuidos en la zona norte del país, porque es donde hoy tenemos más necesidad de horas de oncología por el desarrollo de los proyectos oncológicos.

Respecto del Período Asistencial Obligatorio, como dije, en la actualidad tenemos 4.122 profesionales cumpliendo el PAO, es un 23 por ciento de los médicos que están contratados en el sistema público. Entonces, es un dato sumamente relevante cuando uno mira en la contribución del plan la disponibilidad de horas médicas.

Un dato que también nos parece muy importante compartir con ustedes es que, según todas nuestras mediciones de los últimos tres años, el 81 por ciento de los profesionales, una vez que termina su Período Asistencial Obligatorio, continúa trabajando en el sector público. Ahí el desafío está en cómo incentivamos a que ojalá continúen con las 44 horas contratadas, porque habitualmente hay una variación en la jornada contratada.

En la siguiente lámina se aprecia la distribución de especialistas del Período Asistencial Obligatorio, el 23 por ciento corresponde a la Región Metropolitana. Creo que es muy importante destacar que en regiones distintas a la Metropolitana, como la de Arica y Parinacota, de Aysén, de Tarapacá y de Maule, el porcentaje es sobre un 31 por ciento; o sea, el 35 por ciento de los especialistas de Aysén, por ejemplo, hoy son parte del plan de formación, están cumpliendo su Período Asistencial Obligatorio, y disminuye hasta la Región Metropolitana, con un 19 por ciento de concentración.

Cuando uno habla de Período Asistencial Obligatorio, sabemos que esto puede ser de interés y de inquietud de ustedes, tenemos dos elementos importantes: primero, el traslado del Período Asistencial Obligatorio. Por ley, los profesionales pueden

solicitar trasladar su PAO desde el servicio que tenían convenido en un principio; es importante destacar que además eligen voluntariamente. En todos nuestros procesos el profesional elige voluntariamente el servicio de salud en el que va a desempeñar ese período asistencial. Entonces, asumimos que hay un compromiso del profesional con ese cupo y, por lo tanto, con esa región y con la población de esa región.

Pero por distintos motivos establecidos en la ley, familiares, salud del profesional, de su familia, algunos otros motivos muy justificados, ellos pueden solicitar traslado del Período Asistencial Obligatorio a otro servicio de salud, siempre y cuando haya acuerdo entre los directores de servicio.

Entre 2023 y 2024, a nivel de la subsecretaría hemos gestionado 35 casos de traslado o solicitud de traslado de Período Asistencial Obligatorio, 16 de estas solicitudes fueron hacia o entre la Región Metropolitana, y digo entre, porque hay cuatro de ellos que pidieron cambio de un servicio metropolitano a otro, lo que nos deja solo con 12 solicitudes que fueron a la Región Metropolitana.

En términos de estado, tenemos 21 de estas solicitudes que fueron rechazadas, que no se acogieron; 6 solicitudes que fueron autorizadas por la subsecretaría y en 5 casos se autorizó con la modalidad de permuta. Es decir, los servicios de salud acordaron un cambio de profesionales [...] cartera y su necesidad para no afectar el número de especialistas de cada uno.

Tenemos algunos casos especiales, que están dentro de estos 35, y digo especiales, porque hay un profesional que fue inhabilitado después de todo el proceso. La verdad, porque no había disposición al desempeño y tampoco hubo acuerdo respecto de en qué servicio desempeñarse. Dos se encuentran actualmente en trámite.

Y el otro componente del Período Asistencial Obligatorio, que es central y entendemos muy sensible, es el incumplimiento, que es menos de un 1 por ciento. Si uno considera que tenemos 4.122 profesionales cumpliendo el Período Asistencial Obligatorio y que entre 2022 y 2024 solo 41 de ellos efectivamente están en esta categoría de incumplimiento.

Hay una distribución entre los distintos servicios, hay un número importante también de incumplimiento del PAO que está informado en la Región Metropolitana. Hoy tenemos 20 casos en proceso, esto quiere decir que están en trámite, en judicializaciones. Hay uno que está concluido y saldado, hay un profesional que incluso ya pagó este proceso terminado y hay 19 que los servicios de salud tienen que iniciar.

Para hacer un control más exhaustivo, estamos haciendo un seguimiento semestral desde la subsecretaría a los servicios de salud para conocer el estado de avance de cada una de estas judicializaciones y, por lo tanto, llevar un control respecto de los cobros de las cauciones de los profesionales.

El plan tiene un componente muy importante. Como comenté al principio, buscamos distribuir a los especialistas dentro del país, por lo que debemos tener elementos para hacer esta distribución de manera pertinente y que responda efectivamente a las necesidades que los servicios de salud tienen en la actualidad.

Entonces, hacemos un primer proceso de detección de levantamiento de necesidad con los servicios de salud. Esto se hace todos los años, trabajamos con los 29 servicios todos los años en hacer una detección más ajustada.

Luego, esta información se cruza con los informes de brecha de recursos humanos, con los informes de los proyectos inversionales, con la información de polos de desarrollo y redes complejas, porque esta información del segundo grupo

habitualmente es de más larga data. Las planificaciones están pensadas a 3 y a 5 años, por lo tanto tenemos la sensibilidad anual de lo que el servicio nos informa, más todas las proyecciones que tenemos estandarizadas para tener una mejor distribución, un instrumento más pertinente.

Evidentemente, en esta distribución tenemos un foco especial en lo que implica el plan de cáncer, la estrategia de salud mental y eso ha estado muy priorizado desde 2022 en adelante y 2024, incluso con un refuerzo en la aprobación del presupuesto para la formación en estas dos líneas.

¿Cómo levantamos esta brecha de especialistas todos los años o detectamos la necesidad de especialistas? A través de un instrumento de recolección de información, que tiene cuatro elementos centrales: primero, la identificación de las horas disponibles en el servicio de salud por especialidad; el total de egresos proyectados, esto quiere decir el total de horas que el servicio de salud, para cada una de las especialidades que tiene en su cartera, tiene considerado en incentivos al retiro y en jubilaciones. Luego, consideramos también los ingresos proyectados, o sea, todas las horas que ese servicio de salud va a recibir para cada una de las especialidades en los próximos tres años, considerando los períodos asistenciales obligatorios proyectados. Otras variables de interés, por cierto, son las listas de espera de ese servicio en cada una de las especialidades, los proyectos inversionales, como había mencionado, esto nos da una temporalidad; equipamiento e infraestructura, que son elementos que también debemos considerar, porque evidentemente el plan busca que el profesional pueda tener un espacio de desarrollo en el sector público de salud. Por lo tanto, no podemos destinar a un profesional a un servicio donde no hay cartera para esa especialidad.

Ahora bien, quiero comentarles desafíos. Un desafío importante que es parte del protocolo de acuerdo suscrito en el marco de la ley de presupuestos de este año, dentro de las medidas establecía que comprometiéramos el desarrollo de una propuesta de actualización del plan de formación, de manera de hacernos cargo de ciertas particularidades que son propias del funcionamiento del plan, pero también de las necesidades asistenciales de la red, de manera más pertinente, más actualizada.

Se trabajó con base en seis objetivos, en conjunto con participantes de la comunidad, con los distintos colegios profesionales que hoy integran el plan, con las distintas universidades y con sociedades como Asofamech o la Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología o de la Enfermería. Así, llegamos a un consenso respecto de seis objetivos generales. Primero, aumentar la capacidad formadora en especialidades que son de mayor necesidad dentro de la red. Este es un elemento importante, considerando que hoy queda oferta disponible en algunas especialidades. O sea, la capacidad formadora universitaria en especialidades como medicina de urgencia o medicina familiar es suficiente para cubrir las necesidades que tenemos en el sector. Sin embargo, hay otras especialidades que tienen menor capacidad formadora y que son de gran necesidad para la red, como psiquiatría para adultos, psiquiatría infantil, oncología, oftalmología, dermatología y un par más, que evidentemente requieren un esfuerzo adicional, además del que ya hemos venido desarrollando para ampliar esta capacidad formadora que hemos ido logrando. Segundo, generar alternativas de formación distintas a los procesos de selección que realizamos actualmente. Por ejemplo, mirar los procesos de la Conacem (Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) para el reconocimiento de

especialistas extranjeros que están en el país o la formación en el extranjero. Hay una serie de propuestas en términos administrativos y legales orientadas a ese objetivo. Tercero, actualizar la regulación de la Relación Asistencial Docente (RAD). Este es un elemento muy importante considerando que la capacidad formadora de los especialistas depende asimismo de la capacidad instalada de los establecimientos de la red pública prioritariamente.

Por tanto, debemos preguntarnos cómo generamos ahí una mejor regulación. Cuarto, optimizar los procesos asociados a la estrategia de médicos generales de zona. La estrategia de médicos EDF es la única que no tiene un Período Asistencial Obligatorio por ley. Son profesionales que, por su desempeño previo como médicos generales en la atención primaria de salud, pueden acceder a la especialización en reconocimiento al tiempo de desempeño. En ese sentido, dado que hemos conversado mucho con los servicios de salud, desde la necesidad de la red, una de las estrategias que estamos proponiendo revisar es, por una parte, identificar si es posible establecer un Período Asistencial Obligatorio a la estrategia de médicos generales de zona, como alternativa y, por otro lado, generar una vía de captación de estos profesionales, una vez que terminan la especialización más activa, que nos permita quedarnos con todos esos profesionales en la red. No lo mencioné antes, pero actualmente los médicos generales de zona que terminan su especialización no están obligados a devolver. Se quedan con nosotros igual, en un 75 por ciento.

Esos son los datos que tenemos, que no son de esta cohorte, sino de varias hacia atrás; hablo de cinco o seis cohortes que venimos monitoreando. O sea, un 75 por ciento de ellos permanece, pero ahí viene la consulta de si eso es suficiente. A nosotros, por cierto, nos encantaría que con la inversión

estatal que hay detrás de la especialización, ese porcentaje fuera mayor. Por eso, que nuestras propuestas van en esa línea. Quinto, mejorar la distribución de horas de especialistas en la red pública de atención. Y sexto, disminuir el incumplimiento del Período Asistencial Obligatorio (PAO). Solo voy a mencionar estas últimas para ir terminando la presentación.

Respecto de medidas que van en línea de reforzar el cumplimiento del Período Asistencial Obligatorio, nos parece sumamente importante consignar la calidad del profesional en período asistencial en el Registro Nacional de Prestadores Individuales (RNPI). Hoy la ciudadanía no está en conocimiento de qué profesional está cumpliendo su Período Asistencial Obligatorio, pero la mayoría lo cumple. El incumplimiento es muy, muy menor. En ese sentido, respecto de este 1 por ciento que no está cumpliendo, nos parece que debiera quedar consignado su incumplimiento en su Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI), como información adicional. Lo proponemos como alternativa.

En cuanto al incumplimiento, proponemos reforzar el seguimiento del cobro, que es lo que estamos haciendo ahora de manera semestral. Estamos buscando más medidas administrativas que nos permitan hacer este cobro más eficiente, entendiendo que es facultad de los servicios de salud. Los profesionales suscriben las escrituras y son funcionarios contratados por los servicios de salud. Por lo tanto, es facultad y responsabilidad del director o de la directora de cada servicio de salud efectuar los cobros y asegurar que los ingresos de esa restitución vuelvan a las arcas fiscales.

Un segundo proceso es establecer la retención de impuestos en caso de incumplimiento. Esa es una propuesta. Pensamos que podría ser una alternativa, como ocurre, por ejemplo, con el

Crédito con Aval del Estado. Es decir, si alguien no cumple su Período Asistencial Obligatorio y el Estado debe cobrar las cauciones asociadas, que sea a través de un proceso más expedito de retención de impuestos, para asegurarnos de que estos cobros vayan por una vía administrativa un poco más ágil.

Y la otra propuesta que estamos entregando en este marco de actualización es, por ejemplo, establecer dentro de los requisitos de acreditación, tanto para entidades públicas como privadas, que la acreditación institucional esté sujeta a la no contratación de profesionales que hayan sido inhabilitados por el incumplimiento del Período Asistencial Obligatorio.

Hoy, cuando inhabilitamos, lamentablemente, el sector más afectado es el sector público. Nos quedamos sin poder contratar a ese profesional durante los seis años que dura la inhabilidad; por lo mismo, evitamos a todo evento llegar a la inhabilidad, debido a lo que implica para la ciudadanía. Pero esa inhabilidad no limita el ejercicio de la profesión, en ningún caso, y por los marcos legales entendemos que corresponde, pero, sobre todo, permite que durante esos seis años ese profesional pueda desempeñarse en un establecimiento privado de salud. Entonces, desde esa lógica, de cómo resguardamos que las sanciones sean lo suficientemente acordes a la inversión estatal y, sobre todo, al impacto que esperamos que el especialista tenga para la atención de salud, es que consideramos esta medida dentro de las propuestas.

Eso, en términos generales, Presidente.

Espero haber abordado la mayor cantidad de temas.

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

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio, agradezco la exposición de la colega.

No sé si hay que desmitificar algunas cosas o son reales. Una de ellas tiene que ver con las dificultades que ponen algunos gremios de especialistas, como los oftalmólogos o los otorrinos, para ingresar. De hecho, entre nosotros, en broma, se dice que son verdaderos guetos, que son impenetrables. No sé cuál es el diagnóstico que tienen respecto de la cantidad de especialistas en formación, en esas dos especialidades propiamente tal, y si es efectivo que hay resistencia de los colegas. Porque si hay una beca de oftalmología, por ejemplo, es imposible cubrir la brecha, que es brutal. Lo digo porque sabemos que, en esas dos especialidades, al menos, al igual que en psiquiatría, dermatología y ginecología, es donde hay mayor acumulación de listas o tiempos de espera.

Muchas gracias.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, perdón si digo algo que la expositora ya mencionó. Acabo de llegar, debido a que tuve inconvenientes en el camino.

Opino que ella tiene toda la razón. Una de las cosas que hemos discutido en la comisión, sobre todo de las especialidades, es que efectivamente tienen que ser más duras las sanciones hacia los médicos que no cumplen. Y una de las cosas que propuse es que, simplemente, a ellos no les sea reconocida la especialidad, me refiero a los que hacen la beca, sino hasta que no devuelvan su período de posbeca. Es decir, que sigan siendo médicos generales. Entonces, las clínicas privadas tendrían que contratar a médicos que hicieron una especialidad, pero sin que la superintendencia los reconozca. Eso es más importante que las multas en dinero, que las pagan las mismas clínicas, el papá del colega o sus familiares. Lo

ideal es que no sea contratado en ninguna parte durante ese período.

Creo que usted tiene toda la razón cuando plantea la importancia de cautelar que el médico sea contratado, pero no soy partidario de eso. Si hay un compromiso ético, pero hay incumplimiento, eso desmerece la calidad de especialista. En ese sentido, creo que la solución debe ser más drástica. En mi opinión, esos médicos no deben ser reconocidos como especialistas, mientras no devuelvan.

Quiero hacer un comentario sobre lo que dijo el diputado Palma respecto de un oftalmólogo y un psiquiatra. Tengo dos hijos que trabajan en el sistema público de salud, una es oftalmóloga y el otro psiquiatra. Aun cuando devolvieron sus posbecas sin problemas, les pusieron hartas dificultades. Cuando uno habla de mafia de oftalmólogos, eso es difícil en estos momentos porque no hay centros formadores. No se trata de que ellos se hayan juntado para entregar solo una beca de formación, sino que simplemente no hay centros formadores. Ese es el punto.

Voy a contar mi experiencia. Cuando me recibí, la mafia, entre comillas, era la de los cirujanos, pero, al final, no era tan así, porque había pocas becas. Cuando me recibí, había cinco becas ministeriales para cirugía, que era lo mejor que había. El Estado no formaba, ese es el punto. No son mafias.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, vi con preocupación la lámina referida a los programas de formación, ya que Antofagasta es la última región con formación. No sé si entendí bien o mal la gráfica que se mostró, pero me llama la atención que Antofagasta, en general, tiene estructuralmente

muchas condiciones que dificultan resolver el tema de las listas de espera.

Entonces, por su intermedio, señor Presidente, quiero consultar si ustedes tienen un análisis más pormenorizado sobre lo que pasa en la Región de Antofagasta.

Asimismo, no sé cuál es el criterio de destinación de los PAO. De lo que dijo nuestro invitado, no logro entender cómo se destinan, o sea, quién decide. Él señaló que cada médico decidía dónde se iba. No sé si hay algún tipo de incentivo en regiones como Antofagasta o del extremo norte del país. En ese sentido, tenemos una realidad muy particular, puesto que hay altas tasas de cáncer, baja cantidad de oncólogos y en formación y aparentemente niveles mínimos de gente.

Mirando incluso el gráfico de la Universidad de Antofagasta, donde la carrera de medicina debe tener fácilmente unos veinte años, sino más, me llama la atención que solo haya 14 personas en formación. No sé cómo uno puede contribuir. ¿La universidad contribuye con más personas? Hay un hospital clínico que se supone que era para la formación de médicos especialistas.

Por su intermedio, señor Presidente, pido que me aclaren si la lectura o interpretación que hice de los gráficos corresponde a lo que estoy diciendo o es una cosa distinta.

Finalmente, ahora que se está actualizando el programa de formación para fortalecerlo, si no me falla la memoria, hay una propuesta del diputado Lee y suya de que hubiese un criterio de regionalización en la etapa formativa. Así que, cuando tengamos las conclusiones, solicito especialmente que lo tengamos en consideración. En esta mesa a todos nos pareció transversalmente que era una muy buena propuesta del Presidente y del diputado Lee, respecto de cómo incentivar la formación de especialistas en regiones. Por ejemplo, actualmente a la gente de Antofagasta la envían a Castro y a la de Arica a

Santiago. Entonces, si la gente se forma en esas ciudades, ¿cómo hacer que la especialización sea también en las regiones? No recuerdo los detalles, pero pido dejarlo planteado, de manera que sea incorporado en la actualización que se está haciendo.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, se me quedó en el tintero una propuesta, aunque puedo estar totalmente equivocado.

Cuando faltan profesionales en las Fuerzas Armadas y Carabineros -en general, se van cuando cumplen 30 años de servicio-, hay varios incentivos para que la gente que jubiló y tiene experiencia pueda volver a ser recontratada.

Hace pocos días, sostuve una reunión de camaradería con algunos colegas. Aun cuando pasa el tiempo, uno siente que todavía está vigente.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- ¿Todos están jubilados?

El señor **LILAYU**.- En su gran mayoría están jubilados y trabajan en consultas privadas.

Entonces, a lo mejor hay que ver la posibilidad de recontratar a muchos médicos en los hospitales no para operar, sino para realizar exámenes. Por ejemplo, un oftalmólogo puede hacer perfectamente consultas oftalmológicas, operar equipos, exámenes de audiometría y un montón de cosas más. Es decir, mi propuesta es que el Estado recontrate a médicos jubilados que todavía se sienten vigentes y están capacitados.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias, diputado Lilayu.

También tengo algunas preguntas y/o planteamientos.

La primera de ellas tiene que ver con los números. Efectivamente, cuando uno plantea en bruto 35 solicitudes de traslado entre 2023 y 2024, seis de las cuales fueron

autorizadas y cinco fueron realizadas como permutas, y 41 renunciaciones o incumplimientos del Período Asistencial Obligatorio entre 2022 y 2024, pareciera ser números bajos; sin embargo, eso esconde las especialidades involucradas en cada uno de esos números. Por ejemplo, en la lámina donde se mostraba la distribución de los incumplimientos por año y por servicio de salud, podemos ver que en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio renunció uno durante el Período Asistencial Obligatorio 2022. Estoy casi seguro de que ese caso corresponde a un oncólogo que se había formado en la Universidad de Chile y debía hacer su Período Asistencial Obligatorio en el hospital Carlos van Buren, pero no llegó. Tengo su nombre, pero no lo daré a conocer públicamente. Le he hecho un seguimiento a ese caso y todavía no se le cobra la multa.

Entonces, al poner en perspectiva la especialidad que se está dejando de recibir y la brecha, estos números, a pesar de ser bajos, revisten especial preocupación. Por ejemplo, se autorizaron seis traslados, pero si se trata de un traslado de un cirujano infantil de un hospital que no tiene cirujano infantil, claramente es preocupante, al igual que si se trata de un psiquiatra infantil donde no lo hay.

Por ejemplo, si se autorizó la permuta de un cardiólogo por un médico de familia, obviamente la situación del hospital que deja de recibir al cardiólogo y en su reemplazo recibe a un médico de familia, pensando en que la brecha de cardiología es importante, es algo preocupante.

Por ello, no sé si usted dispondrá de alguna información más detallada a lo menos de las especialidades. O sea, nos gustaría saber a qué especialidades correspondían esos 41 períodos asistenciales obligatorios que fueron renunciados y cuál es la brecha de ese servicio de salud. Por ejemplo, en Osorno, comuna

que representa el diputado Lilayu, renunciaron dos en 2024; en Valdivia, comuna del distrito que representa el diputado Rosas, renunció uno en 2023; en Valparaíso y San Antonio, comunas de mi distrito, renunciaron tres entre 2022 y 2024; yo solo sabía de uno. Asimismo, en la Región de O'Higgins renunciaron cuatro en ese período; en la del Maule, seis, y en la de Magallanes, uno en 2023.

Ahora, dependiendo de la especialidad, el único que renunció en Magallanes en 2023, yo diría que el impacto puede ser tremendo, y así sucesivamente.

Entonces, sé que los números pueden parecer bajos, pero cuando uno lo ve desde la perspectiva de la especialidad, de la brecha que puede haber en ese servicio de salud y, a la vez, del tiempo que se va a demorar la formación de un nuevo especialista en esa misma especialidad. Cuando uno renuncia, ese servicio queda condenado, a lo menos por tres años, hasta que se pueda formar un nuevo especialista que cubra esa brecha. Entonces, no quiero que nos quedemos con que los números son bajos, porque pueden ser bajos cuantitativamente, pero cualitativamente muy relevantes, y no me cabe duda de que así es.

Ahora bien, efectivamente yo tenía la intuición de que muchas veces no se pagaba la multa, por el caso de un oncólogo de Valparaíso, al que le he hecho seguimiento. En la lámina que usted nos mostró, de 2022 a 2024, solo un médico ha pagado; es decir, habiendo pasado dos o tres años, de 41 especialistas, solo uno ha pagado. Por ende, a esta altura, uno ya conoce los servicios de salud, sobre todo quienes somos parte de la Comisión de Salud e integramos esta comisión investigadora.

Entonces, ¿estará bien que sean los servicios de salud los que sigan estas causas? ¿No debería ser, en su reemplazo, el Consejo de Defensa del Estado?

Obviamente, de acuerdo con la normativa vigente, tiene que ser el servicio de salud, pero lo planteo pensando justamente en mejorar esta situación; o sea, después de dos años, solo se ha cobrado la multa de uno de 41 especialistas. Efectivamente, hay un problema, y quizás el Consejo de Defensa del Estado podría hacer un mejor seguimiento, porque claramente el servicio de salud tiene el objetivo de articular la red y, tal vez, al final del día, el cobro de la multa de uno de los especialistas que no llegó, no se transforma en una de sus mayores preocupaciones. Eso puedo decir respecto del cobro de la multa.

Quedaron pendientes varias ideas, pero creo que es difícil hacer calzar el centro formador, quién quiere esa especialidad y el lugar donde esta se requiere. A veces, nosotros lo vemos desde una perspectiva muy simplista, pero ¿cómo podríamos concretar esto de que haya médicos egresados, que son de una región determinada, que no necesariamente están interesados en una especialidad determinada, que puede ser justamente aquella en que su región tiene brecha? Pero debe de haber casos.

Entonces, ¿cómo podemos hacer calzar el origen del médico que egresa y que puede tener interés en una especialidad determinada, en la cual hay brecha en su región, con que efectivamente curse esa especialidad? Finalmente, esa es la forma en la que el servicio de salud puede retener al especialista.

Usted hablaba sobre una alta tasa de retención de los especialistas; sin embargo, me pregunto si ese porcentaje de retención está evaluado en el total de Chile o respecto del servicio de salud al que justamente fue destinado. Porque,

obviamente, si se forma un cirujano infantil para un determinado servicio de salud, que puede estar alejado, como Magallanes, y después regresa a la Región Metropolitana y lo contrata un servicio salud, sigue estando retenido en el servicio público, pero no queda retenido donde está la brecha.

¿Cuál es su análisis al respecto, diputado Rosas?

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, el no cumplimiento del contrato de especialidad y retorno de los médicos es un problema para los servicios de salud. Lo puedo decir por experiencia propia, pues estuve a cargo de un servicio de salud, de una red macrozonal, y creo que tenemos un déficit a ese respecto.

Por un lado, así como se ha hablado de que los servicios de salud tienen un problema de exceso de autonomía en algunos aspectos, por otro, también hay un déficit en todos los mecanismos de cobro, por cuanto el aparataje jurídico que tienen los servicios de salud generalmente es muy débil y está enfocado en los contratos que hace el servicio de salud, con un poco de suerte en la cobranza, que afortunadamente con el copago cero, prácticamente esa unidad, que en muchos servicios ni existía, o sea, muchas veces era deuda incobrable, porque no se hacía el trámite. Con mayor razón pasa en este caso, cuando los especialistas no llegan y prefieren pagar la multa, porque, incluso, la paga la clínica que se los lleva; o sea, una clínica de Santiago se los lleva, paga la multa, pero los usuarios pierden.

Incluso, muchas veces ha sucedido también que los servicios de salud, como bien decía un cirujano infantil, han invertido en un pabellón de cirugía infantil, han formado arsenaleros, para que cuando llegue el especialista, este llegue a trabajar directamente en esa área, y resulta que no llega.

Entonces, muchas veces, se quedan con toda la inversión, cosa que no es menor.

Al respecto, en primer lugar, considero que tiene que haber multas más altas y, en segundo lugar, la capacidad y gestión de cobro de estas tiene que estar radicada en el Ministerio Público, como bien dice usted. Me parece que el ministerio tiene que hacer una especie de reglamento para dicho cobro, con el objeto de hacer más difícil y éticamente más complejo que eso suceda.

Por ejemplo, nosotros hemos definido medidas de castigo en algunas leyes, como en el caso de las personas que no pueden atender el programa de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE). Eso también es muy relevante, pero si una clínica se lleva a ese especialista y no va a atender por el AUGE, obviamente no le va a servir llevárselo.

Entonces, hay que hacer más difícil que estos pocos no cumplan su período, porque también hay que decirlo, no son tantos, son 40 de un promedio de 500 al año, hay que ponerlo en esa línea; pero esos pocos inciden en que una comuna o una región no tenga esa especialidad, cuando el servicio ya tenía todo preparado para empezar a resolver la lista de espera que había en esa especialidad.

Por consiguiente, estoy de acuerdo con su apreciación respecto de que hay que aumentar las capacidades de cobro, las inhabilidades para atender por el programa AUGE, por ejemplo, y el seguimiento de estos casos.

Como bien dijo usted, Presidente, la forma en que los servicios llevan los casos, muchas veces la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, del Ministerio de Salud, no hace el seguimiento de la etapa en que va cada uno, como tampoco lo realiza para los sumarios, cosa que hemos visto, pues muchos llevan cinco a seis años, pero, como están en los servicios,

no hay un seguimiento. Entonces, también es importante hacer un seguimiento, tiene que existir como parte de la orgánica de estos contratos.

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

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, por su intermedio consulto por información acerca de especialistas extranjeros que llegan al país y los procesos de revalidación de sus especialidades; si existe algún catastro y si este catastro está referido a regiones.

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

El señor **SAFFIRIO**.- Señor Presidente, lo que nos convoca son las listas de espera.

Si bien me parece que ha sido una muy buena presentación, maciza, clara y superentendible, desde mi punto de vista, a lo mejor, no veo la elaboración de un plan que nos permita ir mejorando y que esto se transforme en alguna solución para los tres millones de personas que están esperando.

No quiero ser pesado, pero llevamos varias semanas; generalmente la información que se nos entrega es buena, pero no sé cómo conecta con el tema que nos convoca, que es disminuir las listas de espera.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias, diputado Saffirio.

Creo que el tema que hemos tratado conecta plenamente, producto de que esos 41 especialistas que han renunciado a su Período Asistencial Obligatorio entre 2022 y 2024 no llegan a resolver las listas de espera que hay en cada uno de esos servicios de salud, al igual que esos once traslados autorizados, finalmente.

Quizás, no es tan directo, pero...

(El diputado Saffirio habla fuera de micrófono)

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor diputado, por favor, acérquese al micrófono.

El señor **SAFFIRIO**. - Señor Presidente, lo que quiero decir -y lo reitero- es que la presentación ha sido muy buena, porque la subsecretaria es muy clara para exponer. Pero siempre hablamos en cumplimiento del uno por ciento -bajo-; sin embargo, lo que realmente nos convoca son las listas de espera. Pero, ¿hacia dónde vamos? ¿Cuál es el plan? ¿Cuál es el plazo? ¿En cuánto tiempo vamos a resolver los distintos problemas? Porque la gente nos pregunta: ¿Cuándo? ¿Qué pasa? Porque en vez de disminuir, en algunos casos, aumenta.

Por lo mismo -insisto-, no quiero ser pesado, pero la pregunta es a la yugular.

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

El señor **ROSAS**. - Señor Presidente, solo deseo agregar algo que con el doctor Lilayu estábamos conversando de que, a veces, más que la multa, lo que se podría generar es la imposibilidad de inscribir la especialidad en el registro de especialistas de la Superintendencia, porque ya que el Estado invirtió en su especialización estos no debieran desempeñarse como tal mientras no cumplan con el período correspondiente.

Asimismo, cabe recordar que los 41 especialistas, de acuerdo con la programación que uno hace de la producción esperada de un especialista en una red, corresponden a 100.000 consultas y procedimientos que se pierden; es decir, 41 especialistas, más o menos, si calculamos, son alrededor de 2.500 consultas o procedimientos al año, que es más o menos lo que se utiliza para la programación. Esto es bastante.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Tiene la palabra la señora María Gabriela Hoffmann.

La señora **HOFFMANN**, doña María Gabriela (jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua, División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, respecto de oftalmología y otorrinolaringología la oferta formadora que tenemos a disposición, el ciento por ciento de los cupos en esas especialidades son provistos. Pero el tema no pasa por ahí. Hemos hecho grandes esfuerzos con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile para ampliar la capacidad formadora en esas especialidades donde, efectivamente, está el problema.

La situación de este tema lo mencionaba en la presentación. Dentro de las especialidades que hoy necesitamos formar y crecer en capacidad están precisamente estas dos que son justamente las que le inquieta, diputado.

Estamos haciendo los esfuerzos necesarios, pero, tal como comentaba el diputado Lilayu, efectivamente, en el caso de ambas especialidades hay factores en todo, porque para ampliar cualquier capacidad formadora, en particular, en estas especialidades tiene que haber cierta tecnología y docentes.

Por otro lado, existe una especie de desincentivo para participar en la docencia. Eso ha generado algunas tensiones en los programas formadores, por lo cual hemos tenido que buscar otras estrategias para incentivar que eso no tenga un impacto en el plan de formación. Pero esas dos especialidades, en general, con 30 cupos anuales, aproximadamente, están a disposición, y todos son provistos.

Respecto de la propuesta para que no haya reconocimiento del especialista hasta que no terminen el Período Asistencial Obligatorio, la recogemos.

En cuanto a la actualización del plan, teníamos el compromiso de enviarlo por oficio al Congreso Nacional, por lo tanto ustedes tendrán en detalle esa y las otras propuestas que estamos gestionando. También lo habíamos conversado, así que es bueno saber que compartimos una visión respecto de algo que efectivamente pudiera desincentivar el incumplimiento, porque, al final, esto se trata de cómo desincentivamos el incumplimiento.

En relación con las distribuciones regionales, lo mencioné en forma más general, desde 2022 cambiamos esta forma de distribución que se daba en algún minuto. Si yo era un profesional de Antofagasta y estaba interesado en un programa de especialización, podía tener una devolución en Chiloé.

Frente a eso dijimos que había dos tipos de procesos de selección: un proceso de selección destinado al recién egresado, que son los datos globales que yo les mostraba. En ese proceso de selección el ministerio define el destino de esa beca para el cumplimiento del Período Asistencial Obligatorio, a base de la necesidad asistencial, con todo este análisis de elementos que también les mencionaba en la presentación.

¿Qué quiero aclarar y enfatizar? Que los profesionales eligen respecto de una oferta que ya está priorizada; o sea, si yo elijo un cupo de oftalmología, ese cupo de oftalmología ya fue destinado al servicio de salud o a los servicios de salud que tenían mayor brecha en esa especialidad.

Sé que este es uno de los elementos que, en el fondo, genera más dudas; de hecho, creo que a los mismos profesionales que postulan les genera dudas, porque ellos sienten que eligen. Por supuesto, eligen dentro de una oferta.

Primero identificamos qué servicios de salud tienen necesidad de especialistas. Y ahí también recojo un poco la inquietud

que el diputado Saffirio planteaba de cómo esto se vincula con las listas de espera, porque uno de los elementos que consideramos para priorizar a qué región va a ser destinado ese cupo de devolución, es la cantidad de listas de espera que hay en esa especialidad. O sea, estos elementos siempre están presentes.

Hacemos todo este levantamiento y decimos que en todos estos servicios de salud se requiere oftalmólogos u otorrinos. Distribuimos esos cupos y, desde el ministerio, decimos que la oferta, por ejemplo, de 20 cupos que se encuentran a disposición van al servicio de Antofagasta, al de Iquique, al de O'Higgins, al de Magallanes, etcétera, es decir, a los que tengan mayor brecha.

No lo mencioné, pero creo que es necesario sincerar las cosas. Evidentemente, hacemos una distribución de cupos mayor para las regiones que son diferentes a la Región Metropolitana, porque entendemos que esta tiene una capacidad natural de especialistas. Así, tratamos de tensionar y le damos más cupos de especialización a las zonas más extremas del país o a las regiones no metropolitanas, porque hay zonas desprovistas de especialistas en todo el territorio; yo no puedo decir que solo son las zonas extremas. Esto varía según la especialidad.

Por lo tanto, el profesional elige respecto de este listado de servicios de salud que necesita oftalmología, porque esa definición previa la hicimos con base en la necesidad asistencial y en las listas de espera, a si había proyecto inversional o no, a si efectivamente iban a estar los equipamientos disponibles para el desempeño...

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Y el servicio de destino está ligado con la especialidad.

La señora **HOFFMANN**, doña María Gabriela (jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua,

División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Sí, señor Presidente.

Siempre el servicio de destino está ligado con la especialidad; incluso, este año, respondiendo un poco a la inquietud que tenía usted, en algunas de las ofertas que hicimos ligamos, incluso, a nivel de universidad, porque nosotros sabemos que hay universidades donde ciertas especialidades son de mayor interés para los postulantes.

Hay universidades que, de alguna manera, compiten en la distribución de la oferta, tornándola más atractiva. Eso nos permite asegurar, a través del concurso del recién egresado, que toda esta oferta viene priorizada. En los otros dos procesos de selección que realizamos -y por eso decía que desde 2022 no hacemos esto de cambiar a los profesionales- los profesionales de las distintas regiones postulan a un cupo de especialización; si acceden a ese cupo se especializan donde hayan elegido, y luego vuelven a su origen. Y su origen puede ser su municipio de origen o su servicio de salud de origen, porque nosotros estamos plenamente de acuerdo con lo que planteaba usted en cuanto a que tenemos que buscar elementos que permitan potenciar el arraigo de las personas con una zona; o sea, es poco natural tratar de mandar a alguien de Antofagasta a Chiloé porque, evidentemente, no va a permanecer en esta última ciudad, porque su red de apoyo -y este también es un elemento que cruza al plan- y el plan están cruzados por el ciclo de vida de los profesionales, que coincide justo con una edad en la que todos habitualmente están decidiendo su desarrollo familiar. Por lo tanto, esos son elementos que no podemos dejar de mirar desde la gestión de personas. ¿Cómo mandaría a alguien de Chiloé a Antofagasta o de Antofagasta a Chiloé? Desde 2022 eso se revirtió.

En el concurso de recién egresado es distinto, porque entendemos que un recién egresado por supuesto tiene redes, pero no tiene un compromiso con una región, porque está recién iniciando su vida laboral, a diferencia de alguien que ya tiene tiempo de desempeño, que ha estado trabajando en una región, que probablemente tiene su familia, a sus hijos en el colegio de esa región y, por lo tanto, lo que busca es especializarse y volver a contribuir en esa región.

No voy a negar que el Servicio de Salud de Antofagasta y probablemente otros de la zona extremo norte y extremo sur del país requieren potenciar los elementos de la territorialidad, es algo que estamos mirando hace tiempo. Puedo comentar que, ahora, en el concurso que vamos a realizar para la formación de subespecialistas, dentro de los rubros de evaluación vamos a probar un incentivo especial para zonas desprovistas. En el fondo, daremos un puntaje adicional a quien es de la zona, se quiere especializar y volver a la zona. Tenemos que probar eso porque, por los volúmenes de postulantes que tenemos, hay que ir mirando si la metodología es sensible o no a resolver el problema que queremos resolver.

Pero son elementos que evidentemente hemos observado.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Disculpe, ¿habría acuerdo para prorrogar la sesión por 10 minutos?

Acordado.

La señora **HOFFMANN**, doña María Gabriela (jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, respecto de los pagos, no voy a negar que comparto plenamente lo que usted dice. Son 41 casos respecto de los 4.122 profesionales en pago, como señalé en la presentación, equivalente al 1 por ciento, pero ese 1 por ciento siempre es

sensible. O sea, la sensibilidad de ese incumplimiento es total y siempre, a todo evento, hacemos todos los esfuerzos porque no se den los incumplimientos, precisamente por lo que mencioné, en el sentido de que cuando tenemos que inhabilitar a un profesional, el que pierde principalmente es el sector público, por la inversión en términos de recursos, por el tiempo que demoramos en formar a ese especialista, sobre todo, y porque la población va a tener que esperar 3 años o 5 años más para contar con un oncólogo. Esa es la realidad.

Entonces, no pierdo de vista lo que señaló usted respecto de que los números globales son bajos, pero tiene que ver con la sensibilidad de la especialidad y, en ese sentido, estamos siempre mirando y por eso ahora hacemos un seguimiento más activo.

Por su intermedio, señor Presidente, diputado Patricio Rosas, me hago cargo de lo que señaló, de repente en los servicios de salud, por la cantidad de tareas -y quiero ser muy justa con esto- los procesos de cobro son lentos, son muy lentos en la mayoría de los servicios de salud. Antes los transfería el Consejo de Defensa del Estado que se demoraba varios años en avanzar en los cobros; por tanto, se está optando por una medida administrativa de cobro más ágil, pero muchos de ellos terminan en judicializaciones que igual requieren tiempo. Lamentablemente, además, las judicializaciones que enfrentamos en el último tiempo, muchas no fueron a favor del sector público, sino a favor de los profesionales. Tribunales determinó que no podíamos efectuar los cobros.

Últimamente, hemos tenido fallos favorables y estamos teniendo la capacidad de solicitar los reintegros a través de esta fórmula de cobro, pero plenamente disponible. Es algo que siempre hacemos, el remirar, porque efectivamente nos interesa, porque además tenemos la responsabilidad de hacerlo, resguardar

el uso de estos recursos públicos, ya que, al final, esto es un uso alternativo. Ustedes lo plantearon, si no es acá, será en equipamiento o en insumos necesarios para la atención. Por tanto, cómo estos recursos, que no son pocos en cada profesional, vuelven al sector.

Por su intermedio, señor Presidente, diputado Hernán Palma, usted mencionó a los especialistas extranjeros. Lo abordé muy rápidamente, pero está dentro de las acciones. Como ministerio, tenemos la facultad de reconocer a las entidades certificadoras. En el país hoy está la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem), la Universidad de Santiago, la Universidad de Concepción y próximamente se va a aprobar, como entidad certificadora, la Universidad de Valparaíso. Con estas últimas tres universidades, en su rol de entidad certificadora, buscamos que contribuyan a agilizar los procesos de reconocimiento de título de los especialistas extranjeros que están en el país. No dispongo del dato ahora, pero si ustedes lo requieren por supuesto podemos aportar el listado actual de profesionales en proceso de reconocimiento de título en la Conacem. Esa información la tenemos, porque semestralmente le pedimos a la Conacem que nos informe del avance. Como dije, no dispongo del dato en este momento, pero la podríamos acompañar sin problema.

Evidentemente, compartimos que para disminuir las brechas de especialistas hay que sumar esfuerzos, porque no es solo una medida, sino un conjunto de medidas, y esa medida también está dentro de las propuestas.

Por su intermedio, señor Presidente, quiero indicar al diputado Jorge Saffirio que su consulta tiene que ver con cómo el plan de formación contribuye a la disminución de las listas de espera y, tal como mencioné en la presentación, el plan

contribuye activamente con especialistas para el sector público. O sea, un número importante de los especialistas que hoy día están trabajando, están cumpliendo su Período Asistencial Obligatorio. Como vimos, en las zonas más extremas del país es sobre el 30 por ciento, por lo tanto hay una contribución. Pero cuando tomamos todas las medidas para ampliar la cantidad de especialistas que estamos formando, que es el esfuerzo que venimos haciendo desde hace varios años, nunca perdemos de vista cuáles son las listas de espera de cada servicio de salud, porque, como mencioné al inicio de mi intervención, la distribución de ese especialista responde siempre a las principales necesidades. Entonces, de alguna manera colaboramos en que esté el recurso humano especializado en la región para poder resolver o disminuir las listas de espera.

Por último, disponemos del listado de los 41 profesionales que están en incumplimiento, detallado, individualizados por servicio de salud, los montos de las garantías y las especialidades, y de los 11 traslados.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Oficiaremos formalmente para que nos pueda hacer llegar el listado de los profesionales a la comisión.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por otro lado, el diputado Hernán Palma solicitó oficiar respecto de los reconocimientos a extranjeros.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Señora Hoffmann, ¿tiene algo que agregar?

La señora **HOFFMANN**, doña María Gabriela (jefa del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, de la

Subsecretaría de Redes Asistenciales).- Señor Presidente, quiero agradecer por el espacio y el tiempo que me han entregado.

Respecto de todas las propuestas, siempre estamos muy atentos a recogerlas e incorporarlas. Como mencioné, hemos enviado la propuesta de actualización, ojalá la puedan revisar, la puedan compartir, porque ya debiera haber ingresado al Congreso Nacional; de lo contrario, también la podemos acompañar, porque hay una serie de medidas. Me aboqué más a las que tenían que ver con el incumplimiento del Período Asistencial Obligatorio, pero hay una serie de medidas, porque esto es una visión y requiere medidas integrales.

Muchas gracias.

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

El señor **LEE**.- Señor Presidente, por su intermedio, quiero saludar a las invitadas.

Por el tiempo escaso, quisiera saber si existe la posibilidad de tener una reunión esta semana o a más tardar la próxima, en razón de que desde 2022, la época del subsecretario de Redes Asistenciales, señor Fernando Araos, he venido compartiendo con el Ministerio de Salud una estrategia que denominamos Estrategia Regional Formadora de Médicos Especialistas (ERFE). Esto nace con ocasión del levantamiento de un nuevo hospital para Arica, ya que sabemos que los hospitales no son solución desde que se han levantado, como el caso de Alto Hospicio; no funcionan por falta de especialistas, y esto se repite a lo largo del país.

Sin embargo, me llama la atención la lentitud de la recepción o implementación de las ideas. En la recepción no, porque cada vez que me he reunido con el ministerio, encuentran que la estrategia es superatendible, que se puede implementar, pero

no se ha implementado. Son cinco lineamientos básicos y probablemente el más importante tiene que ver con los mecanismos de financiamiento y el origen de la necesidad.

Los territorios en Chile, las regiones, son altamente heterogéneos. Arica, que es una ciudad equivalente a Los Ángeles, tiene dos neurocirujanos. Los Ángeles tiene seis, y uno que anda rotando, o sea, podríamos decir que tiene siete; es decir, siete versus dos, con una población muy similar.

Indudablemente, la estrategia debe basarse en el diagnóstico territorial de la necesidad de especialistas, pero también en los mecanismos de financiamiento, que son altamente alcanzables para estas brechas más extremas, me refiero al tipo de especialidades, por los gobiernos regionales.

En ese sentido, quiero transmitirle que el gobernador regional de Arica y Parinacota está dispuesto a financiar la formación de médicos especialistas y que lo único que está esperando es la señal del Ministerio de Salud, que no entiendo por qué todavía no existe.

Luego, hay otros puntos en relación con la realidad territorial. A propósito del cumplimiento de los pagos en los cuales se ha centrado la presentación, podremos cumplir ciento por ciento el retorno, el compromiso adquirido por los médicos especializados, pero eso nos garantiza solo cinco años de especialistas, o seis como mucho; sin embargo, luego, cuando cumplen, se van de la ciudad igualmente. En Arica tenemos una alta tasa de cumplimiento, sin embargo, cuando cumplen, se van. Por tanto, creo que los mecanismos de retención han sido insuficientes.

Quiero referirme a lo último que usted dijo, de que cuando los médicos incumplen, no podemos sancionarlos porque nos quedaríamos sin médicos. En verdad, creo que ese es un enfoque absolutamente equivocado del problema. Los médicos tienen que

ser sancionados, y el mecanismo financiero de sanción ha demostrado ser insuficiente. Necesitamos un mecanismo ético, y creo yo, y lo digo siendo médico y especialista, que lo más sensible para un médico especialista es simplemente ser borrado de los registros.

Lo que tenemos aquí es el incumplimiento de un contrato, de una relación entre un privado, un médico y el Estado. Entonces, mientras sigamos con este mecanismo financiero, sea cobrado directamente a través de un pagaré, o a través de los tribunales de justicia, o a través de un juicio civil, etcétera, no vamos a conseguir nada. Hay que pensar en borrarlos de los registros, para que los especialistas finalmente tengan que explicarles a los pacientes por qué los borraron, que es simplemente porque incumplió frente al Estado.

Esto se lo vengo repitiendo al Ministerio de Salud desde 2022, pero todavía, no sé si por temor o por qué razón, no se implementa.

Gracias.

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

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, a nuestra invitada, por su intermedio, respecto del tema de las universidades y lo relacionado con Antofagasta, si me puede responder a mi correo electrónico: jaime.araya@congreso.cl.

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

El señor **LILAYU**.- Señor Presidente, estamos hablando de la teoría del garrote, lo de la superintendencia y todo eso. Pero creo que el Estado también debe invertir y no lo está haciendo.

¿Qué incentivo tiene un oculista, un otorrino o un psiquiatra para irse a Osorno? Y no hablo de casos personales.

El porcentaje de asignación tiene que ser altísimo para que un especialista no se vaya. Si bien está la red de apoyo, el colegio y todo lo que usted quiera, los médicos también trabajan por una remuneración. Entonces, es necesario que se haga una diferencia, que el Estado invierta en ese especialista, y le diga, por ejemplo: Usted se va a ir a Punta Arenas y va a tener -invento- doscientos por ciento de estímulo. Eso, de tal forma que haya una diferencia con el que se va a Arica, que tenga 100, o a Osorno, que tenga 50. Insisto, tiene que haber un estímulo de remuneración para incentivar que los especialistas vayan y que el Estado invierta en ello.

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

El señor **ROSAS**.- Señor Presidente, solo quiero agregar respecto del plan de formación PAO, los convenios con el GORE, algo que antes existía.

Entiendo que el Conacem tiene una lista de dos años para entregar una certificación. Entonces, una forma de traer especialistas de afuera, a un plazo razonable, podría ser la formación en práctica con una entidad certificadora de los propios servicios de salud. Eso existía antes, hace 20 o 30 años, pero se dejó de hacer.

Hemos hecho lo mismo durante mucho tiempo y así, obviamente, ya no va a resultar. Tenemos que cambiar la estrategia y sumar de nuevo esa capacidad de los servicios de salud.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias a todos. Les dije que esta sesión iba a causar furor.

Estamos en el límite de la hora y debo cerrar la sesión.

Agradezco nuevamente la presencia y participación de la doctora María Gabriela Hoffmann. Sabía que la presentación iba a ser muy buena y quedamos a la espera de los listados.

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

-Se levantó la sesión a las 10:01 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.