

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

ACTA DE SESIÓN ESPECIAL N°20, LEGISLATURA 373ª, CELEBRADA EN LUNES 14 DE ABRIL DE 2025, DE 19:30 A 20:47 HORAS.

SUMA

Tratar materias propias de su competencia.

Se recibió al Presidente Ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., Sr. Francisco Javier Vargas Frick, y al Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Sr. Carlos Marchant Pizarro.

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 los diputados Jaime Araya, Mauro González, Tomás Lagomarsino, Enrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

Participó de forma presencial el Presidente Ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., Sr. Francisco Javier Vargas Frick, y, de forma telemática, el Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Sr. Carlos Marchant Pizarro.

II. ACTAS

El acta de la sesión 19ª se puso a disposición de las diputadas y los diputados integrantes de la comisión.

El acta de la sesión 18ª se da por aprobada por no haber sido sometida a observaciones.

III.- CUENTA¹

Se han recibido los siguientes documentos para la cuenta:

1.- Un documento de la Diputada Emilia Nuyado en el cual, justifica inasistencia a esta sesión por encontrarse en sesión Comisión Presidencia para la Paz y el Entendimiento, hoy lunes 14 de Abril a las 20:00 hrs. **SE TOMÓ CONOCIMIENTO.**

2.- Se ha recibido un correo en el día de hoy para la Comisión, enviado por la sra. Soledad Luttino (adjunta 2 documentos), por irregularidades en el sistema lista de espera. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

3.- Correo recibido en el día de hoy de Carolina Herrera Retamal, jefa de Comunicaciones del Hospital Sótero del Río. **SE PUSO A DISPOSICIÓN.**

IV.- ORDEN DEL DÍA

Se recibió a el Presidente Ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., Sr. Francisco Javier Vargas Frick², y, al Presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, Sr. Carlos Marchant Pizarro³.

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 al Presidente de la Cámara de Diputadas y Diputados, señor José Miguel Castro con el objeto de solicitar a V.E. tenga a bien recabar el acuerdo de los Comités Parlamentarios en orden a permitir a la Comisión sesionar durante el día martes 29 de abril de la semana distrital, en el Hospital Carlos Van Buren, Región de Valparaíso, con el objeto de que la instancia alcance a celebrar sus sesiones en todas

¹ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346161&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

² https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=347257&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

³ https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=346210&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

las regiones acordadas.

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.⁴

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 20:47 horas.

LEONARDO LUEIZA URETA
Abogado Secretario de la Comisión

⁴ <https://www.camara.cl/prensa/Reproductor.aspx?prmCpeid=4622&prmSesId=79894>

**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 EN FORMATO MIXTO:

(Presencial y vía telemática)

Sesión 20^a, celebrada el lunes 14 de abril de 2025, de
19:30 a 20:47 horas.

Preside el diputado señor Tomás Lagomarsino.

Concurren los diputados Jaime Araya, Mauro González, Henrique Lee, Daniel Lilayu, Hernán Palma, Agustín Romero, Jaime Sáez y Jorge Saffirio.

En calidad de invitados, el presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., señor Francisco Javier Vargas Frick, y el presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., señor Carlos Marchant Pizarro.

TEXTO DEL DEBATE

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

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

El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

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

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

Respecto de lo anterior, ya llevamos cinco sesiones realizadas en regiones: Antofagasta, Coyhaique, Arica, Temuco y el jueves recién pasado estuvimos en Osorno.

Nos quedarían, entonces, tres sesiones: en el Hospital Sótero del Río, en el Hospital El Carmen de Maipú y en el Hospital Carlos Van Buren. Obviamente, los requerimientos y temas técnicos los resolveremos tras bambalinas en coordinación con el diputado Palma, que no me cabe duda que hará el mayor de los esfuerzos para que todos los inconvenientes sean solucionados.

Ofrezco la palabra sobre la Cuenta.

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Señor Presidente, quiero poner en conocimiento de esta comisión, por su pertinencia, que visité el Hospital El Carmen, de Maipú, el viernes recién pasado. Allí me entrevisté con su directora, la doctora Patricia Mellado, y pude constatar -de hecho, se lo hice saber al colega Romero- que la crisis de las listas de espera, en buena parte, se agrava por el tema de las concesionarias.

Están principalmente afectados por el tema de la climatización del recinto, lo que implica estar permanentemente desviando recursos, vaciando espacios y buscando externalizar

algunos servicios. Incluso, tienen servicios modulares, de odontología y especialidades. Yo no podía creer que tuvieran que ocupar una parte de la NEO para pacientes de cardio o que hubiera pacientes de cardio en espera por patologías coronarias a quienes tuvieron que trasladar a modalidad ambulatoria.

Sin entrar en pormenores, constaté en terreno, con los pies en la calle, que esto es realmente es grave. Por eso, le sugerí al diputado Romero que también visitara el hospital, más allá de las diferencias políticas que podamos tener, porque es importante transversalizar la crisis, y el Hospital El Carmen, como pasa seguramente con todos los hospitales concesionados, agrava la falta.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Lo constataremos en terreno.

El señor **PALMA**.- Me quedó muy claro lo que pasa con las listas de espera y la falla de las concesiones.

Por otro lado, quiero agradecer a nuestra visita, don Francisco Javier, porque la optometría es importante para poder subsanar el tema de los vicios de refracción.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- En puntos varios, tiene la palabra el diputado Agustín Romero.

El señor **ROMERO** (don Agustín).- Señor Presidente, agradezco al doctor Palma por haberme dado el pase respecto del hospital de Maipú. He tratado de reunirme con la directora, pero no he tenido respuesta en ese sentido. Le comenté al doctor que iba a hacer todos los intentos, pero como íbamos a tener nuestra sesión como comisión para ver estos temas, iba a esperar ese momento para ir.

Cabe mencionar que desde enero que los trabajadores vienen levantando estas alertas. La semana pasada preguntamos cuál era el problema, y tal como le comenté al doctor Palma, desde el Ministerio de Obras Públicas nos comentaron que era este famoso serpentín de un equipo original. Entiendo que faltan 16 semanas para que llegue ese equipo. Se supone que, de aquí a la próxima semana, deberían tener una solución intermedia para volver a habilitar la UCI.

Efectivamente, aquí hay un problema grave. Los trabajadores están movilizadas y, como bien dijo el Presidente, es un tema que constataremos en terreno como comisión.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Quiero recordarles que para mañana tenemos citado el nuevo subsecretario de Redes Asistenciales, doctor Bernardo Martorell. Ojalá podamos estar todos presentes, no solo los integrantes de la comisión que están hoy, sino también los restantes. Igualmente, se los recordaré a través del *WhatsApp*.

Del mismo modo, recabaré el acuerdo para oficiar a los comités o a la Sala, para sesionar en la próxima semana distrital.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Por otra parte, entendiendo que el Canal de la Cámara está en la Región Metropolitana, en el ex-Congreso Nacional, y dado los impedimentos que podrían existir para viajar a regiones, que son entendibles, pido oficiar al Canal de la Cámara, a fin de que den cobertura a la sesión que realizaremos en el Hospital Sótero del Río.

-Un señor diputado habla fuera del micrófono.

Hemos priorizado el Hospital Sótero del Río y el hospital de Maipú. Si quiere, puede conversarlo con los dos integrantes de la comisión.

¿Habría acuerdo?

Acordado.

Tiene la palabra el diputado Jaime Araya.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, creo que ha sido bien provechoso el trabajo de la comisión. Yo, al menos, me he ido formando una opinión respecto de dónde podrían estar los temas críticos en materia de listas de espera y, en aras de ir haciendo propuestas concretas, me gustaría contar con cierta información.

Personalmente, no sé dónde están disponibles todos los documentos que han llegado a la comisión, tales como las copias de las intervenciones o las actas. Sería bueno tener a disposición ese material, a fin de empezar a avanzar en algunas cosas.

Claramente, hay temas de concesiones muy importantes, pero también los hay en materias de probidad y gestión. Derechamente, diría que hay falta de compromiso de parte de la ministra en esto, hay falta de respuesta de ella, particularmente, al no involucrarse en un asunto que resulta ser tan dramático.

Entonces, en el entendido de que siempre hemos planteado que no queremos que esta sea una comisión más de todas las comisiones investigadoras sobre listas de espera, y que queremos hacer una propuesta contundente, le agradecería que me pudiese indicar, no hoy, pero en algún minuto, dónde están disponibles las actas de todas las intervenciones. Eso, para

hacernos cargo de manera sistémica de todo lo que se ha planteado en temas como formación y destinación de especialistas, y capacidades del sistema.

En todo caso, queda claro que por más que el Estado de Chile quisiera solucionar, con la red pública, el tema de las listas de espera, es francamente imposible hacerlo en un tiempo próximo; por lo tanto, hay que abrirse a otro tipo de soluciones o convenios que pueda hacer el Estado para tener una mejor articulación con el sistema privado. Creo que esa es una de las cosas que va quedando en evidencia.

Asimismo, hay un montón de oficios que hemos solicitado, pero no sé si han sido respondidos por el Ministerio de Salud. Por eso, creo que es importante reiterar todos los oficios y las solicitudes de información.

Gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Aclaro que, hasta el momento, la mayoría de los oficios han sido respondidos. Creo que solo los últimos no, los de hace una o dos semanas, pero creo que todos o casi todos los demás ya fueron respondidos. Además, cabe mencionar que casi todo el gabinete de la ministra ha estado siguiendo las sesiones, no solo en el Congreso, sino también en terreno.

Voy a tratar de crear una carpeta Dropbox, o algo similar, para reunir y dejar disponible esa información, de modo que sea más simple descargarla, porque hasta ahora, para ver los documentos, hay que entrar a la página de la comisión especial investigadora, lo que resulta un poco tedioso, por eso, vamos a buscar la forma de tenerlos disponibles de manera más ordenada.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, necesitamos las actas de las intervenciones de los distintos invitados.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Sí, vamos a hacer un esfuerzo para tener todo ordenado, a fin de que podamos desarrollar el proceso de conclusiones de la mejor forma. Asimismo, quedo abierto a todos los planteamientos que puedan hacer.

Vamos a intentar generar una especie de esqueleto que dé coherencia general al informe, al menos en materia de conclusiones, donde todos puedan hacer propuestas, subir o bajar el tono, o agregar cosas, para que todo sea más consistente y coherente.

La idea es que no haya agregados de manera desordenada, sino más bien que todas las propuestas puedan conciliarse en una estructura por etapas. Es decir, tanto de las visitas a terreno como de aquellos mínimos comunes que hemos visto en las sesiones presenciales en el Congreso.

El señor **ARAYA** (don Jaime).- Señor Presidente, en la misma línea, mi interés en disponer de toda la información es porque tengo la sensación, y puedo estar equivocado, de que muchas cosas que se han dicho aquí en la comisión no tienen correlato con lo que se ha dicho en las distintas visitas. Entonces, creo que esa capacidad de contrastar las versiones, desde la autoridad versus lo que efectivamente se vive, es importante tenerla y no esperar hasta el final, por si fuese necesario invitar a alguna autoridad para que precise ciertas cosas.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Vamos a hacer un esfuerzo mayor todavía para tener la información disponible en un tiempo breve.

Esta sesión tiene por objeto recibir dos audiencias. En primer lugar, al presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G., señor Francisco Javier Vargas Frick, solicitud especial del diputado Hernán Palma.

Escucharemos a ambos invitados. Primero, al señor Vargas y luego al otro invitado, para que terminemos con una ronda de preguntas a ambos.

Tiene la palabra el señor Francisco Javier Vargas.

En el *WhatsApp* de la comisión está la presentación para que la puedan ir viendo en paralelo.

El señor **VARGAS** (presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Señor Presidente, por su intermedio, agradezco a esta comisión la posibilidad de plantear la situación de la lista de espera de oftalmología. Es una muy buena y positiva oportunidad para mostrarles eso, porque no queremos ahondar en puros números catastróficos. Basta con los 2.113.000 pacientes que tenemos en lista de espera, de los cuales 375.000 corresponden a oftalmología. El 17 por ciento en una sola especialidad hace que esto sea especialmente de interés.

¿Quiénes somos? La Cámara de la Industria Óptica o la Asociación Gremial de la Industria Óptica representa a todas las ópticas independientes y cadenas regionales, a las cadenas ópticas nacionales e internacionales, a los laboratorios ópticos y de lentes de contacto y, en general, a todos los proveedores de la industria óptica.

¿Por qué nos interesa participar en este debate? Porque de partida compartimos el diagnóstico y la preocupación de esta

comisión, y nuestro ánimo es colaborar francamente con una solución.

Como indican las cifras oficiales, existe un crecimiento sostenido del número de personas que esperan por una nueva consulta de especialidad médica.

Según un informe de la Biblioteca del Congreso Nacional entre marzo y septiembre de 2024, se registró un incremento de 2,8 o 3,9 por ciento según el número de casos o la mediana. Estamos hablando de más de 2.100.000 chilenos esperando una atención. Adicionalmente, se registra un incremento en los tiempos de espera, más 2,8 por ciento en el mismo período. La mitad de las personas que están en una lista de espera para una consulta de especialidad llevan más de 258 días desde que fueron derivados. Esto es dramático en todos los segmentos de la salud, pero muy especialmente en el tema de la oftalmología, y en este caso puntual de la optometría.

Como se aprecia en la lámina, en la lista de espera de oftalmología tenemos a 375.285 pacientes. Cuando uno ve esta cifra, la verdad es que sorprende. Llevándola a una cosa que sea visible, equivales a 7,5 estadios nacionales llenos.

¿Cómo vamos a solucionar 7,5 estadios nacionales para arreglar un problema de una consulta oftalmológica? Como dije, el 17 por ciento de la lista de espera representa a una sola especialidad.

Afortunadamente, y después lo veremos con más calma, hubo una alternativa que finalmente terminó en ley en 2010, cual es la llamada ley de optometría, mediante la cual se facultó a los tecnólogos médicos para prescribir lentes ópticos y realizar un examen oftalmológico y optométrico completo.

¿Qué cosas puede hacer un optometrista o un tecnólogo médico con mención en oftalmología? Ejercer la lensometría, es decir, medir la potencia y las demás características ópticas de los lentes que actualmente usa el paciente; la autorefractometría, evaluar preliminarmente para identificar defectos refractivos del paciente; la biomicroscopía, la agudeza visual, la evaluación de la reacción pupilar, la oftalmoscopia, la evaluación de la motricidad ocular, la refracción, la tonometría y la queratometría. Eso quedó muy bien especificado en la ley N° 20.470. En verdad, toda esa colaboración puede hacer un profesional como el tecnólogo médico en el ámbito del examen optométrico o de salud visual.

Hagamos un poco de historia. Es muy difícil comprender qué pasó con la optometría, por qué no ha despegado y por qué todavía tenemos una lista de espera de esa magnitud.

En 1931, un decreto del gobierno del Presidente Carlos Ibáñez del Campo comenzaba estableciendo lo siguiente: "Mientras se crea la cátedra universitaria de optometría.". ¿Cuántos años tuvieron que pasar? Lamentablemente, todavía no hay una cátedra universitaria de optometría.

¿Qué pasó en 1940, cuando se establece el segundo reglamento de óptica? En la historia ha habido solo cuatro. Si ustedes se fijan, en general era más bien más restrictivo.

Cuando en 1931 se abría la posibilidad de tener a un profesional que ya ejercía la optometría en el mundo, en Estados Unidos de 1897, nosotros todavía estábamos sin cátedra de optometría, y si ustedes se fijan en el contenido era más bien restrictivo. Siempre decía que no podrán expendirse anteojos al público sin la receta de un médico cirujano.

Lo mismo ocurrió en 1959. Otra vez pasaron 19 años, pero los cambios fueron muy leves.

El artículo 5° del decreto 742 indicaba: "Prohíbese atender consultas sobre trastornos de la visión o prescribir anteojos a toda persona que no posea el título de médico."

Asimismo, el artículo 6° de ese mismo cuerpo normativo señalaba: "Los establecimientos de óptica sólo podrán expender al público anteojos con fuerza dióptrica mediante receta médica."

Si ya teníamos la experiencia en el mundo de que la optometría no era un tema médico, sino óptico, los vicios de refracción considerados por la Organización Mundial de la Salud no son enfermedades del ojo, sino alteraciones de la óptica del ojo y que pueden ser corregidas y compensadas con diferentes tipos de dispositivos, entre ellos los lentes convencionales y los lentes de contacto.

Encontré este interesante artículo de prensa, publicado en los cuadernos médicos sociales del doctor Salvador Allende, durante la campaña presidencial de 1964. Ahí se decía: "Incluso se propone la creación de nuevas carreras como optometría y la intervención en mallas curriculares para fomentar la enseñanza integrada de asignaturas, el trabajo en terreno y el énfasis en lo social.". Creo que ahí aterrizamos, justamente, el problema que hoy tenemos.

Si todo esto estaba dado, ¿por qué no podíamos echar a andar la optometría?

¿Cuáles fueron los hitos legislativos y reglamentarios que fueron haciendo cambiar?

La ley N° 2.029, de 2005, sobre presbicia, fue una iniciativa parlamentaria. La evidencia y la experiencia detectaron que de lo que más sufría la gente en las campañas era que no veía. Cuando a las personas le preguntaban qué necesitaban, decían que no tenían anteojos y empezaron a regalarse anteojos. De acuerdo con la ley, eso estaba prohibido, como ustedes vieron en los decretos anteriores.

Finalmente, se aprobó la ley de presbicia, que permitía prescribir o entregar lentes para la presbicia, corrección de ambos ojos iguales, esféricos, sin corrección astigmatismo, como ya era una realidad en muchas partes del mundo y que empezó a solucionarle el problema a mucha gente. Pero no nos quedamos conformes con eso.

Finalmente, en 2010, aparece la ley de optometría, que modificó el Código Sanitario y determinó la competencia de los tecnólogos médicos en el área de la oftalmología.

Los tecnólogos médicos en el área de la oftalmología son profesionales complementarios, para apoyar el desarrollo de la salud visual. Eso es práctica común en el mundo y nosotros recién en 2010 empezábamos a ver esto.

También se dicta la norma técnica N° 126, que define claramente lo que el tecnólogo médico puede hacer. Fue muy bien especificado en la ley, y ustedes ya vieron una síntesis de aquello. Pero otra vez se produjo un tropiezo. Cuando se publica la ley N° 20.724, de fármacos, nos encontramos con una sorpresa. Según lo que entendimos en ese entonces, se incorpora en la ley y fuera de las ideas matrices un artículo que indicaba: "Prohíbese la instalación de consultas de médicos o tecnólogos médicos en los establecimientos de óptica.". Esta era una barrera prácticamente infranqueable para que la

optometría hubiese sido una solución y ayudara a eliminar las listas de espera. Pero no nos quedamos solamente en la situación de que sea infranqueable, sino que, finalmente, acudimos al Tribunal Constitucional y en el año 2019 este tribunal declaró que esta frase era inconstitucional y la eliminó del artículo 126.

(Un diputado habla fuera de micrófono)

[...]

La ley de fármacos 1. Sí.

¿Por qué, pese a todos estos avances, sigue habiendo problemas de acceso a una atención oportuna en salud visual?

Aquí hubo un apoyo transversal con respecto a los proyectos de ley que tenían que ver con optometría, pero subsisten trabas administrativas. Con color rojo hemos querido destacar a ustedes qué es lo que pasa.

En primer lugar, el N° 4 del año 1985 es el reglamento de los establecimientos de óptica. Ustedes comprenderán que ya no es compatible tener un decreto del año 1985, o sea, está por cumplir cuarenta años, cuando la tecnología y todas las cosas ya han cambiado sobremanera, incluso la ley.

En segundo lugar, el instructivo de salas de procedimiento y vicios de refracción, que en un minuto lo vamos a analizar, y, finalmente, la circular A15-46, que estableció un tipo de óptica que se llaman salas de venta.

¿Qué ha pasado? El decreto N° 4, o sea, el reglamento de ópticas vigente, sin lugar a dudas hay que cambiarlo, modificarlo, actualizarlo. Fíjense que entre las cosas que dice es que las exigencias académicas para ser óptico y regentar un establecimiento de óptica, tiene que ser alguien que curse

segundo medio. La óptica está rodeada de temas matemáticos como el álgebra y, por supuesto, en segundo medio no es mucho el dominio que se tiene sobre esas materias.

¿Qué pasó con el instructivo en las salas de procedimiento? Este instructivo contiene algunas disposiciones sobre personal profesional y auxiliar, así como exigencias para salas de atención con examen y salas de procedimiento de vicios de refracción. Cuando leímos lo que decía, los requisitos que había para tener una sala de procedimiento de vicios de refracción, nos encontramos que se les pedía una camilla y un escabel.

Sé que aquí hay muchos usuarios de anteojos y dudo que a alguien lo hayan acostado en una camilla para hacerle el examen, más bien lo sentaron en una silla, en la que se realiza el examen visual u optométrico. Aparece también una lámpara de procedimiento, o sea, con luz directa, y si hay algo que deben tener las salas de procedimiento de vicios de refracción, es oscuridad.

Afortunadamente, conversando con la seremi, por lo menos la camilla y el escabel desaparecieron. El escabel es el piso que se usa para subirse a la camilla.

Finalmente, la circular A15-46 fue dictada a requerimiento de particulares del sector comercial óptico y tengo que decir, con cierto grado de tristeza, en desconocimiento total de lo que significaba -si se quiere decir- el rol de la óptica y de los profesionales de la óptica, y contiene una interpretación laxa del artículo 126 del Código Sanitario, rebajando los requisitos para las salas de ventas de lentes ópticos y favoreciendo así la proliferación de un comercio ilegal.

Seguramente, muchos de ustedes ya escucharon que hemos estado apareciendo en la prensa asociados a las barberías, porque las ópticas se han transformado en un negocio de fachadas, infringiendo las normativas sanitaria, tributaria, laboral, aduanera, municipal, y dañando gravemente la imagen de la industria. A mayor abundamiento, esta circular contiene disposiciones que fueron derogadas luego del fallo del Tribunal Constitucional, en el año 2019.

¿Cuáles son las propuestas concretas? Ustedes ven que, de estos tres problemas que tenemos, de estas tres barreras que tenemos, no hay ninguna que pase por un tema legislativo. Ese tema está solucionado, absolutamente solucionado. Tenemos una buena ley de optometría, pero no vamos a avanzar si tenemos de por medio estas tres barreras prácticamente infranqueables y que hacen muy difícil poder manejarlo.

Lo primero que hay que hacer es solicitar al ministerio, a la brevedad, el decreto N° 4, de 1985.

El otro día escuchaba a los químico-farmacéuticos que se quejaban de tener un reglamento que tenía, creo, doce o catorce años de antigüedad. El de nosotros tiene cuarenta. Tenemos toda nuestra disposición para participar en las reuniones o mesas técnicas que sean necesarias para aportar nuestro conocimiento y experiencia.

En segundo lugar, hay que solicitar al ministerio la revisión de algunas exigencias del instructivo de salas de procedimiento de vicios de refracción para eliminar aquellas que hoy no tienen justificación alguna, como vamos a estar pidiendo, porque, cuando uno lo analiza, aparece como absurdo que uno se tenga que acostar para que le hagan un examen de refracción. No tiene ningún sentido, pero eso va más allá.

La inversión que hay que hacer en metros cuadrados también aumenta. Un sillón no tiene nada que ver con una camilla y, por lo tanto, ¿quién paga eso al final? El paciente. Equipamiento que no es necesario. ¿Quién paga eso? El paciente. Y personal auxiliar. ¿Quién paga eso? El paciente.

No he visto nunca que en un examen de salud visual haya más de una persona del que está haciendo directamente el examen. Llámese oftalmólogo, tecnólogo médico, optometrista o como se llame.

Finalmente, es necesario solicitar al ministerio que dicte una circular sobre las salas de venta, que sustituya la famosa A15-46 de 2015, con una interpretación correcta del artículo 126 del Código Sanitario, para enfrentar el comercio ilegal, que la actual circular ha favorecido. Esta lo liberalizó. Es tanto así que, hasta hace unos años, antes de la aparición de esta circular, las seremis sabían exactamente cuántas ópticas habían pedido autorización sanitaria para su funcionamiento. Hoy ese registro ya no está.

Nuestras estimaciones son que de 1.400 ópticas que tenía el país, hemos saltado probablemente a 4.000 y quienes quieran ver un ejemplo de eso, hay territorios en Santiago que son una lamentable experiencia. No puede ser que una actividad sanitaria esté transformada sencillamente en una cosa casi absolutamente burda.

En cuanto a nuestro compromiso, ya no queremos más confrontaciones; creo que a lo largo de la historia ha habido suficientes. Hoy, y esto no ha pasado solamente en Chile, se habla de más colaboración y menos confrontación. Hoy cada vez la tecnología y los profesionales hacen absolutamente imperativo que nos juntemos todos para enfrentar un tema tan

grave como este. Para ello, la cámara de la industria, los asociados de la cámara, ponen 143 centros con cobertura nacional a disposición para solucionar vicios de refracción. Ciento cuarenta y tres centros que, además, están equipados con la tecnología que se requiere para hacer esos exámenes; es decir, con un promedio, más o menos, de 25 millones de inversión por local podemos llegar a cuatro millones de dólares en todo el equipamiento con cobertura nacional y, por supuesto, quienes lo hacen con el respaldo de que estamos con profesionales reconocidos, inscritos en la Superintendencia de Salud, con las competencias y autorizados legalmente para ejercer la optometría con la tecnología médica.

En resumen, contribuiría al noble objetivo que se ha propuesto esta comisión, que en su informe final solicite a la autoridad de Salud que se dicte un nuevo reglamento de establecimientos de óptica, se revisen las actuales exigencias del instructivo de salas de procedimiento y vicios de refracción, con registro de profesionales y prescripciones de ópticas y se sustituya la circular A15-46 sobre las salas de venta, evitando con ello las consecuencias negativas de algunas de sus normas en la oportunidad y la calidad de la atención de salud visual en el país.

Cuando uno ve que la cobertura de atención es tan deficitaria, la Organización Mundial de la Salud hace un reconocimiento a la salud visual y dice que el anteojo es probablemente la medida más costo eficiente que existe en salud. Hoy un anteojo no tiene un valor extraordinariamente alto, por 15 mil pesos alguien cubre absolutamente sus necesidades visuales, y quien no lo usa, por ejemplo, partiendo por los niños, un niño que tiene una mala calidad visual aprende mal, no se educa como se debe educar, después tiene mala

productividad, mala empleabilidad y para qué vamos a hablar de la calidad de vida de los adultos mayores, para qué tenemos una expectativa de vida de 85 años si después no tenemos ni siquiera la posibilidad de enhebrar una aguja o de tener los medios para distraernos cuando la edad está avanzada.

Ese es el compromiso de la Cámara de la Industria Óptica de Chile al respecto, por eso decía yo al comienzo que no quería mostrarles más cifras negativas.

Fíjense que hay un solo servicio de salud en Chile en cuyo lugar no está oftalmología y si ustedes averiguan cuál es...

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

El señor **VARGAS** (Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Arica, y ¿saben por qué?

(Un diputado interviene fuera de micrófono)

[...]

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Por Tacna.

El señor **VARGAS** (Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Van a Tacna.

Sin embargo, cuando hablamos de los pacientes que requieren atención médica, no optométrica, ahí cambia la cosa, porque en Tacna no tienen cobertura, no les sirve Fonasa, ni las isapres ni nada para operarse allá, pero el antejo sí lo pueden hacer y existen las facilidades para acceder a un servicio de optometría y a un examen de salud visual.

Creo que se haría una tremenda contribución, porque una de las grandes cosas que permitió la ley es que si el tecnólogo médico hace un examen visual y permite pesquisar una patología,

la debe derivar por ley al médico oftalmólogo. Entonces, aprovechemos esa oportunidad.

Miren, he seguido esta comisión, y todas, con mucho interés, y lamentablemente siempre hemos tenido que escuchar que hay problemas financieros o que necesitamos mucha plata para solucionarlos, pero acá es cosa de voluntad, ya no es un problema de un gobierno ni mucho menos, es un problema de Estado. Y cuando miramos las cifras, por eso quise poner 1.931, ¿cómo van a pasar 79 años para que tengamos una ley de una cosa que se hace en el mundo como práctica habitual? Prácticamente nadie en Estados Unidos va al oftalmólogo para hacerse anteojos.

El señor **PALMA**.- 94 años.

El señor **VARGAS** (Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Perdón, 94 años. Peor todavía.

Entonces, ¿por qué no aprovechamos esa oportunidad?

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

El señor **VARGAS** (Presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Gracias a usted, muchísimas gracias.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Antes de ofrecer la palabra para hacer preguntas, vamos a proceder con la presentación del Presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile.

(El diputado Palma interviene fuera de micrófono)

[...]

Claro.

Tiene la palabra el Presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, señor Carlos Marchant. Puede compartir pantalla para colocar su presentación, si quiere.

El señor **MARCHANT** (Presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G.) [vía telemática].- Señor Presidente, por su intermedio, muy buenas noches a la comisión y muchas gracias por el tiempo.

Con respecto al tema de las listas de espera, esta presentación y un documento que tiene preparado el Colegio de Cirujano Dentistas han sido entregados a la comisión, para que los revisen después, de forma más tranquila.

Solo en temas de contexto, mientras me carga la presentación, la lista de espera odontológica es un problema importante, sobre todo previo a la pandemia, que correspondía a un 25 por ciento de las listas de espera en total. Hoy por hoy ha disminuido un poco, pero esa disminución es un poco mentirosa, debido a que durante el primer año de este gobierno se realizaron unos trabajos tipo operativos para tratar de disminuir las listas de espera desde el punto de vista de cirugía maxilofacial. Este tipo de trabajo, que nosotros apoyamos en su minuto, lo que hizo fue disminuir esta lista, pero [...]

(El señor Marchant complementa su exposición con una presentación en PowerPoint)

[...] las enfermedades de la caída bucal son las más prevalentes a nivel global, con un gran impacto social y económico, siendo las lesiones de dientes permanentes la enfermedad oral más frecuente según el estudio Global Burden of Disease de 2019. En 2021, la Septuagésima Cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución sobre la importancia

de la salud bucodental, también da un enfoque para incluirla en los programas relacionados con la cobertura de salud universal.

En este punto en particular, algo muy relevante es que los determinantes sociales juegan un rol importante en todas las enfermedades de cavidad oral. ¿Qué significa esto? Que los niños, los adolescentes, las personas mayores y las mujeres tienden a ser los grupos más vulnerables con respecto a los problemas de salud oral. Además, esto tiene una relación directa con la salud general, muchas veces afectando en múltiples patologías, como la diabetes, el alzheimer, en los estados de gestación, en patologías como los déficits nutricionales y en detectar problemas y cambios alimenticios en las personas.

La cobertura odontológica en salud en Chile tiene un acceso limitado, el 55 por ciento de nuestra población no ha visitado al dentista en el transcurso de un año, el gasto de bolsillo corresponde al segundo más alto de Chile después del gasto en medicamentos, correspondiendo a un 31 por ciento del gasto de bolsillo, lo que aumenta las inequidades para acceder a este servicio de salud, y la cobertura odontológica solo está asegurada para menores de 20 años de edad que pertenezcan a Fonasa y para algunos grupos dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Si bien existen algunos programas para el resto de la población, y acá nosotros hablamos de hombres y mujeres de escasos recursos, estos normalmente tienen menor cantidad de tiempo de atención, la APS no los alcanza a cubrir, por dar prioridad principalmente a los GES. Por lo tanto, las personas que están en su tiempo laboral normalmente tienen muy poca cobertura. A esto le tenemos que sumar que todo el problema

oral viene desde el punto de vista de la cultura organizacional, donde hemos dejado al área odontológica detrás, como si la boca no estuviera dentro del cuerpo y como si no generara ninguna patología.

Además de lo anterior, tenemos criterios y estándares basados en el Manual de Acreditación Odontológica, donde a veces hay grandes avances y grandes retrocesos dependiendo de las personas que van opinando. Y acá hay un punto importante con el ministerio, una falta de conocimiento técnico odontológico especializado, esto no quiere decir que las áreas odontológicas del gobierno o del ministerio, para ser específico, no tengan competencia, sino que simplemente no están en la toma de decisiones más grandes del Ministerio de Salud.

Un ejemplo de lo anterior es que el GES de cuidados paliativos no considera el cuidado en salud oral cuando la estomatitis es uno de los principales problemas del tratamiento de las quimioterapias, y eso significa que tenemos un subdiagnóstico que no es menor. Por lo tanto, esta lista de espera, que es del 22 al 24 por ciento hoy por hoy, lo más probable es que sea mucho más alta si tuviéramos un aumento general de diagnósticos.

Por otro lado, tenemos una evaluación de calidad en la cual existen diferentes herramientas para evaluar la calidad de las prestaciones odontológicas, pero no necesariamente están estandarizadas entre los distintos servicios.

Si no tenemos estos criterios obviamente es difícil analizar cómo podemos avanzar en el trabajo, y lo que hemos hecho con las listas de espera, lo que ha pasado con el mundo odontológico, es que en 2008 se implementaron los mecanismos de seguimiento de pacientes según el Sigte. En 2011, se crea

la Norma Técnica para el Registro de las Listas de Espera, en 2013 aparece el manual de los no GES.

Entendamos que desde el punto de vista odontológico solo hay cinco patologías GES, siendo la primera patología GES del área odontológica la más consultada, que es urgencia odontológica ambulatoria, durante todos los años que ha existido el GES.

Durante 2020 y 2021, producto de la pandemia, disminuyeron las atenciones odontológicas, aumentando las listas de espera de todas las especialidades, principalmente por los tiempos en que no hubo atención, debido a los temas sanitarios de esa fecha.

Las políticas para reducir los tiempos de espera deben ser efectivas, que tengan el mayor potencial para reducir los tiempos y se evidencian al comparar lo que sucede en Chile entre los tiempos de espera de una atención de patología de Garantías Explícitas en Salud (GES) y una patología no GES. Normalmente una patología GES se puede resolver en un tiempo relativamente prudente, por ejemplo, en el caso de una embarazada que es GES odontológico, normalmente se puede resolver su problema dentro de los nueve meses, pero una persona que tiene patología no GES puede estar dos, tres, cuatro, cinco o seis años en lista de espera.

Por otro lado, existen políticas menos efectivas que están enfocadas solo en la oferta, como la contratación en el sector privado o el aumento transitorio de recursos públicos, las que tienen muy escaso efecto en los tiempos de espera.

A nivel de la OCDE, el porcentaje de pacientes que esperan más de seis meses es entre 6 por ciento y 7 por ciento en el caso del Reino Unido, entre 15 por ciento y 18 por ciento en el caso de Nueva Zelanda y Finlandia, y de 28 por ciento en

Portugal, para tener un contexto, pues en nuestro caso estos porcentajes son notoriamente mayores.

Por lo tanto, la lista de espera odontológica en los últimos años no ha variado notoriamente; de hecho, no hemos logrado llegar a los 300.000 casos anuales. Insisto, desde el punto de vista técnico, esto se mantiene escondido por una falta de diagnóstico y por falta de ingreso a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS) de muchos de los pacientes.

Las particularidades que tiene la atención en odontología es que existen tiempos variables. Por un lado, hay especialidades odontológicas, como ortodoncia, en que los pacientes pueden estar en tratamiento entre 3 y 15 años, o el caso de los pacientes fisurados, que pueden tener un tratamiento que dura, aproximadamente, 20 años, y, por otro, tenemos especialidades como endodoncia en que el tratamiento se puede hacer en una o dos sesiones.

Otro problema es que muchos tratamientos requieren más de una sesión y la primera consulta con la especialidad no resuelve la necesidad de los usuarios. En este escenario, tenemos un problema de registro no menor, dado que, normalmente, las personas salen de la lista de espera una vez que tienen la primera consulta. En el caso de odontología, eso no resuelve el problema, porque la odontología, finalmente, es un acto quirúrgico que requiere que se efectúe la parte quirúrgica para que una persona sea dada de alta. Asimismo, entendamos que un mismo paciente tiene, por lo menos, 28 dientes que podrían tener diferentes diagnósticos al mismo tiempo.

Además de lo anterior, se genera una lista de espera secundaria, que es una lista de espera interna, pues cuando un

paciente es derivado desde la APS, por ejemplo, para el tratamiento de endodoncia, desde el momento en que lo envían desde el consultorio, el paciente viene listo para el tratamiento, pero cuando llega a la atención secundaria, después de seis meses, siete meses o un año, requiere nuevamente un tratamiento a nivel de las encías para poder ser atendido. Entonces, en vez de enviarlo al consultorio para que haga dos o tres veces el viaje, que son de dos a tres años, normalmente, es mejor tratar de atenderlo desde el punto de vista de la lista de espera interna y tratar de adelantar algunos procedimientos, lo que genera, obviamente, que tengamos doble lista de espera para atender a los pacientes que están en tratamiento.

Pido perdón por enfocarme en la endodoncia, pero es mi especialidad.

Con todos esos problemas, antes de 2020 se había creado el cargo de director nacional odontológico, que tenía la importancia de que permitía unificar lo que decía el área de salud pública con redes asistenciales dentro del ministerio.

Chile es uno de los países que tiene más programas de salud odontológica a nivel latinoamericano; sin embargo, la unión de estos programas con las necesidades que tiene el país son aspectos que no necesariamente están conversando. Por otra parte, los esfuerzos que hace salud pública no necesariamente conversan con lo que está haciendo Redes Asistenciales, por lo tanto, hay un vacío en la articulación de los equipos.

Mientras estuvo operando el cargo de director nacional odontológico, se lograron algunos avances desde el punto de vista técnico para determinar, dentro del gabinete ministerial, qué cosas requerían una visión odontológica, además de la

visión médica prioritaria. ¿Por qué es importante esto? Porque la inclusión de la odontología dentro de los temas de salud puede disminuir en 50 por ciento el tiempo cama de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), puede disminuir la tasa de mortalidad en neumonía por aspiración en adultos mayores y puede disminuir, también, el aislamiento social y los problemas de salud mental de las personas.

Desde esa perspectiva, no tener una figura de referencia nacional que pueda organizar al resto del equipo odontológico genera una serie de intentos de solución que, al final, no tienen un único hilo conductor.

Para eso, el Colegio de Cirujano Dentistas trabajó desde Arica a Magallanes con un grupo de expertos y clínicos, levantando esos problemas y tratando de entregar distintos tipos de propuestas para tratar de afrontar el problema de las listas de espera con la menor cantidad de recursos posibles. Esto fue entregado al Ministerio de Salud, pero el Ministerio de Salud no entregó respuestas al respecto.

La primera cosa es la creación de perfiles de cargo de los referentes odontológicos y, asimismo, para los contralores odontológicos, lo que es muy relevante, dado que los referentes odontológicos, a diferentes niveles del país, tienen distintas competencias, pero no necesariamente dichas competencias son clínicas o están lo suficientemente actualizadas. Existen referentes odontológicos en algunos sectores que son espectaculares, pero en otros sectores hay referentes odontológicos que no conocen la realidad de su propio servicio de salud.

Por otro lado, eso genera que existan muchos intentos a nivel local para aumentar de manera artificiosa la cantidad de

primeras consultas, dejando en segundo lado la atención, principalmente por lo que dije hace un tiempo, en cuanto a que una vez que tienes la primera consulta, sales de la lista de espera. En parte, eso explica las diferencias de datos que tienen los servicios de salud a veces, por un lado, con el nivel de los que tiene el ministerio y, por otro lado, con lo que relatan los pacientes.

Se requiere una reevaluación de las canastas de Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (Praps) para poder aumentar el valor y número de cupos por comuna en los programas de reforzamiento de atención primaria. Siempre es importante que contemos con un apoyo general en la APS, porque mientras más se trabaje en la APS, menor será el impacto que tendremos a nivel de atención secundaria y el costo de la solución. Sin embargo, en el momento en que llevamos a las comunas especialidades, como periodoncia o endodoncia, es importante que estas estén relativamente estandarizadas y que sea lo mismo realizar la misma acción en distintas comunas del país. No obstante, lo que está ocurriendo es que existen colegas que, simplemente, si van a una comuna equis en la Región de Los Lagos o en la de O'Higgins, tendrán tiempos de cupos completamente diferentes para trabajar y diferentes valores que les serán pagados debido a la canasta Praps; eso también debería estar regulado de alguna manera.

Por otra parte, es necesario mejorar la contactabilidad, que es la destinación de los recursos para la contratación de personal administrativo para contactar usuarios y confirmar horas, dado que existe un nivel de NSA, contacto sin compromiso, bastante relevante. En la Región de Valparaíso tenemos un nivel de contactabilidad más o menos del 70 por ciento, lo que no está tan mal, pero, aun así, tenemos un gran

número de NSA. En los lugares más alejados de Chile es más difícil conseguir que los pacientes lleguen y, por lo tanto, existe una cantidad de horas que se pierden, por lo que debemos tratar de encontrar la manera de hacer que sean horas de atención efectivas.

¿Qué es lo que se requiere implementar, como propuesta a corto plazo dentro de los procesos? Actualizar todos los manuales, como el proceso de registro de lista de espera en las no GES, y mejorar protocolos de referencia y contrarreferencia, lo que no implicaría un costo mayor, más que las horas de trabajo administrativo.

Además, tratar de generar dispositivos móviles para trasladar a los especialistas a los territorios y, de la misma manera, disminuir un poco el impacto de la huella de carbono de las personas al desplazarse hacia los distintos lugares, enviando a los profesionales a buscar a las personas.

Asimismo, esto es muy similar a lo que habían propuesto en la presentación previa, generar una mesa de lista de espera para establecer reuniones mensuales con todos los actores involucrados en el proceso.

Finalmente, favorecer la teleodontología para potenciar su uso en las primeras consultas y especialidades, sobre todo en especialidades de largo tiempo, como la ortodoncia, o en especialidades que requieren un tratamiento urgente, como la endodoncia.

En la endodoncia no podemos tener a una persona esperando seis meses con uno de los dolores más grandes que existe en el cuerpo humano, la solución tiene que ser rápida. Por lo tanto, si usamos teleodontología, podremos orientar a los colegas en lugares recónditos, para hacer los tratamientos de urgencia de

mejor forma y disminuir las reincidencias, las complicaciones, y, al final del día, las mutilaciones de los pacientes.

A mediano plazo, se requiere y se recomienda tener una ficha clínica única universal e integrada en la red con el sistema de interconsulta, referencia y contrarreferencia integrado. ¿Por qué? Porque, cuando un paciente va a la APS y es derivado a secundaria, allí no tenemos acceso a la ficha APS. Entonces, como no tenemos cómo saber cuáles son los problemas del paciente, debemos reiniciar la anamnesis, lo cual es una pérdida de efectividad del sistema.

Existen servicios de salud, como el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, que tiene una ficha clínica elaborada mediante un sistema poco efectivo y poco eficiente para el tratamiento odontológico, que es el Sistema Experto, que, sobre todo en sus primeros momentos, al inicio, implicaba que el profesional tardara entre sesenta y noventa minutos solo para actualizar la ficha clínica.

Es importante relevar el rol del odontólogo y fortalecer su participación dentro del equipo multidisciplinario, a fin de empezar a generar esta sensación de trabajar desde el punto de vista preventivo. Esto implica ir a los Mais, Ecicep, Empam, etcétera, pero también estar en todos los lugares, no necesariamente siguiendo la lógica: un odontólogo-un sillón. Porque hay muchas actividades preventivas que podrían mejorar la salud del país sin la necesidad de una intervención en sillón directamente.

Sabemos que no es viable que esto se solucione solamente con recursos públicos. Chile tiene aproximadamente once mil sillones dentales distribuidos a lo largo y ancho del país.

En consecuencia, la integración pública es importante para poder mejorar el acceso a la odontología y disminuir el gasto de bolsillo en salud y, para eso, es necesario finalmente que exista un Fonasa de libre elección y llevar esto al mundo privado. Nosotros hicimos un par de estudios, que podemos entregar, y hemos tenido conversaciones con el Fonasa para generar este arancel odontológico, para que las personas puedan comprar su bono de atención, también desde el punto de vista privado.

Por último, necesitamos tener un Plan de Calidad Odontológico, para establecer mecanismos de evaluación de procesos mediante un plan de calidad y seguridad del paciente estandarizado. No es simplemente llevar a los pacientes a consultas privadas o públicas, además se requiere tener algunos niveles de calidad que permitan llevar a los pacientes a un lugar donde el odontólogo no tenga una alta rotación y donde no cambien al tratante cada dos meses, por ejemplo.

Lamentablemente, desde el punto de vista privado, existe una alta rotación en los megaprestadores y eso genera una inconsistencia en los tratamientos de las personas, lo que es particularmente complejo en casos como ortodoncia. Hace no muchos años hubo un caso de una niña de diecinueve o veinte años en Viña del Mar que perdió prácticamente el 90 por ciento de sus dientes por una mala atención privada desde el punto de vista ortodóncico.

A nivel de los procesos, es necesario mejorar el sistema de incentivo al sistema público de salud, aunque esto obviamente requiera de algunos cambios a nivel legislativo, y también realizar un diagnóstico del modelo de funcionamiento de los hospitales y centros de especialidades para replicar los modelos exitosos.

Existen lugares en Chile que tienen grandes tasas de recuperación y atención. Uno de los ejemplos lo tenemos en Puerto Montt, pero hay otros lugares que son completamente diferentes y que tienen realidades diametralmente opuestas. Desde esa perspectiva tenemos que tratar de encontrar las mejores oportunidades, pero entender también la lógica de cómo funciona nuestro país.

En Valparaíso, por ejemplo, tenemos un muy buen centro de especialidades odontológico, sin embargo la mantención del lugar deja bastante que desear y eso disminuye las posibilidades de atención, por falta de mantención de equipos, principalmente.

Además, es necesario crear un sistema de registro y derivación para visibilizar la demanda por lista de espera interna a nivel secundario-terciario, así como los protocolos de derivación interna desde medicina a odontología, para estandarizar los procesos y garantizar la trazabilidad.

¿Dónde aparece principalmente este tema de la derivación interna de medicina y odontología? En el cáncer. El paso odontológico previo a los tratamientos de cáncer es vital, por lo tanto es relevante que existan periodoncistas y endodoncistas que vayan a oncología y que participen en este trabajo, para disminuir los efectos secundarios posteriores al tratamiento del cáncer, porque gran parte de los pacientes tendrán un problema de salud oral no menor y no se trata solamente del dolor por una estomatitis, sino también por la disminución de los potenciales del diente, debe protegerse ante los ataques ácidos.

Entonces, en Chile, el 31 por ciento del gasto de bolsillo actual de la gente es lo que está pagando en odontología. El

55 por ciento de nuestra población está sin atención dental por lo menos durante el último año; un 55,1 por ciento en las especialidades críticas, como ortodoncia y rehabilitación oral.

Es necesario interrelacionar todos los indicadores para que exista concordancia y no se pierdan horas de recursos humanos en documentos que no son utilizados como insumos de mejora continua. No todos los documentos que estamos utilizando nos sirven para medir la odontología.

También se deben utilizar los resultados de compromisos de gestión, que tienen relación directa o indirecta con la lista de espera, como insumos para la toma de decisiones, y generar un trabajo coordinado de la red.

Por lo tanto, dentro de las propuestas, las conclusiones y el camino a seguir, que es el documento que se les está enviando, está la necesidad de trabajo en red, para poder coordinarlo; una atención integral que implique no solo disminuir la lista de espera, sino que también mejorar todos los indicadores de estructura, proceso y resultado, brindando una atención integral, continua y de calidad, junto con la implementación efectiva, que es el cómo lograr que esta implementación de cambios sea el eje central de toda nueva acción en los planes ministeriales, para que esté alineado con el Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030.

Asimismo, cabe recordar la importancia del cargo de director nacional odontológico, dado que esta figura podría permitir la integración de todo lo que hemos estado hablando.

Hubo un trabajo muy interesante respecto de esto; incluso, en su minuto, hubo un Power BI con el detalle de cuáles eran las listas de espera por especialidades, pero todo eso fue

eliminado por el actual Ministerio de Salud. Entonces, esto es relevante si queremos afrontar el problema de la lista de espera odontológica.

Muchas gracias, Presidente.

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

Tiene la palabra el diputado Hernán Palma.

El señor **PALMA**.- Muchas gracias, Presidente.

Además de agradecer a nuestros expositores, tengo algunas inquietudes respecto de la optometría. No sé si don Francisco Javier podrá responder.

Actualmente, hay un tema grave, que es la venta ilegal, diría yo, de lentes ópticos, en muchos espacios. La gente va a la feria a comprarse lentes y hay intercambio de los mismos. Pero, qué se puede esperar, si en las ferias hay hasta farmacias que venden psicotrópicos. No hay ningún control sobre ese tipo de expendio. Por eso, sobre ese punto en particular, me gustaría saber cuál es la mirada que tienen ustedes al respecto.

Después, sobre el rol de algunas agrupaciones, que son de público reconocimiento, como el Club de Leones, por ejemplo, que tiene un banco de lentes y servicios de oftalmología de bajo costo.

Y tercero, no tengo el dato, y no sé si existe, ¿qué porcentaje de ese 17 por ciento que usted señalaba correspondería a vicios de refracción? Si mal no recuerdo, son más de 340.000 en lista de espera. 375.000 exactamente. ¿Qué porcentaje de ello, según su estimación, correspondería a vicios de refracción?

Ahora, respecto de la parte odontológica, me preocupa algo. No sé si entendí mal, pero este director nacional odontológico tendría un rol clave, según explican. Quiero saber si este rol hoy está *out*, está pendiente o no está bien consolidado. Me quedó la duda al respecto.

Creo que esas dos materias, aparte de proponer salidas al tema de la lista de espera, y que son bastante inteligentes en los términos que han sido explicadas, tocan dos áreas que no son menores para la salud mental de la comunidad. O sea, cuando la gente no puede ver.

Hace un par de días, estuve en la inauguración del año escolar de personas adultas en la comuna de Puente Alto. En Chile hay más de 160.000 personas adultas que se encuentran terminando sus estudios medios e, incluso, básicos. Al preguntar en la sala, me llamó la atención que casi la mitad de las personas dijeron que no veían bien. Entonces, no se puede pretender que ellos aprendan si no pueden ver; incluso, algunas de ellas tenían problemas de audición, es decir, tenían un doble problema, lo que me parece supercomplicado. Ni hablar de la dentición. Cuando el colega se refirió a la endodoncia, sabemos lo que pasa cuando los pacientes van a las postas, pues les sacan sus piezas dentales. Se hace una extracción y se acabó el problema. Me imagino que a eso se refería nuestro invitado cuando habló de mutilaciones.

En consecuencia, de alguna manera no solo se mutila la dentición, sino también a las personas.

Gracias, señor Presidente.

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

Ofrezco la palabra.

Quiero formular algunas preguntas y hacer otros comentarios.

En primer lugar, en la Comisión de Salud estamos tramitando la modificación al Título V del Código Sanitario, que define al equipo de salud, sus profesiones y carreras. ¿Qué opina de las definiciones allí contenidas? ¿Usted está actualizado de las indicaciones que ingresó el Ejecutivo a principios del año pasado? Lamentablemente, dicho proyecto de ley no ha vuelto a ponerse en Tabla.

En segundo lugar, es relevante mencionar que el programa de Servicios Médicos de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas incluye servicios de vicios de refracción para escolares.

Entonces, llama la atención que, dentro de los 375.000 casos -me imagino que no todos ellos son casos de vicios de refracción-, también debe haber sospechas de cataratas, glaucoma, probablemente retinopatía diabética, pterigiión, etcétera, pero excluye prácticamente a toda la población infantil con estrabismo, específicamente en niños menores de 9 años, patología que está cubierta por el GES. Entonces, tener 375.000 pacientes en lista de espera de primera consulta de especialidad es una brutalidad, por lo tanto creo que esta situación no aguanta más. Es algo que podría ser mucho más sencillo de resolver si hubiera voluntad política, como ha quedado de manifiesto aquí. Eso con respecto a las preguntas de nuestro primer expositor.

En segundo lugar, respecto del doctor Carlos Marchant, presidente Nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, es muy oportuno haber escuchado al representante de dicha organización, porque, sin duda, a veces hemos hecho muy biomédica esta comisión investigadora y nos ha faltado justamente la arista de las listas de espera de odontología,

que bien ha graficado el doctor Marchant respecto de varios elementos. En ese sentido, me llevo varias cosas en limpio. Primero que todo, la necesidad de múltiples atenciones y que efectivamente egresamos de la lista de espera cuando se realiza la primera consulta de especialidad, pero, probablemente, en esa primera consulta ni siquiera se inicia el tratamiento y después no sabemos con cuántas de esas primeras consultas de especialidad egresadas por atención realizada esos pacientes terminan el tratamiento que fuere en las sucesivas atenciones. Eso nos lleva nuevamente a que estamos mirando muy parcialmente las listas de espera.

La presentación del doctor Carlos Marchant ha sido muy clara. Más allá de las preguntas formuladas, me parece más atendible que lo que él ha planteado es una especie de alerta a la hora de llegar a las conclusiones de esta comisión especial investigadora.

Tiene la palabra el señor Vargas.

El señor **VARGAS** (presidente ejecutivo de la Cámara de la Industria Óptica de Chile A.G.).- Señor Presidente, por su intermedio, en relación con la pregunta del diputado Hernán Palma, la venta ilegal constituye, indiscutiblemente, un problema desde el punto de vista del control y de la fiscalización de los productos que se venden. Todos ustedes conocen las carencias que tenemos en Chile con respecto a los dispositivos y al registro de dispositivos de uso médico.

El artículo 111, del Código Sanitario, define los dispositivos de uso médico, entre los cuales están las lentes oftálmicas y, por supuesto, las de contacto.

En primer lugar, las lentes ópticas convencionales no tienen tanto riesgo sanitario como puede tenerlo una lente de

contacto. Una lente de contacto contaminado, o mal puesto, o mal utilizado o mal higienizado puede significar una meningitis por alguna bacteria difícilísima de tratar; sin embargo, hemos visto cómo se comercializan estos productos en peluquerías. Más de alguna vez, ustedes han visto las lentes de contacto de tipo cosmético, que los pacientes usan indiscriminadamente incluso para disfrazarse en Halloween o en ese tipo de festividades, con esos ojos como de insano. Asimismo, si uno quiere cambiarse el color de los ojos, las lentes de contacto también están a la venta en peluquerías. En verdad, eso no debiera existir y así está regulado.

Desde el punto de vista de las lentes convencionales, desde que aparecieron los materiales plásticos, como, por ejemplo, el policarbonato y el CR39, los riesgos de que, frente a una caída, salten cristales al ojo se reducen significativamente. Siendo el material mineral de las lentes de la mejor calidad óptica, el problema que tiene es su peso y el riesgo en los accidentes.

La venta ilegal y la venta no regulada conllevan otras cosas. Muchas veces nos encontramos con pacientes a quienes se les ha indicado, por ejemplo, una lente bifocal. Las lentes bifocales tienen el problema de que el paciente puede tener lo que se llama un salto de imagen, ya que pasa rápidamente de la visión de lejos a la visión de cerca, usada para leer, y eso también sucede con las gradas de las escalas. Si una lente bifocal no está bien indicada ni bien montado sobre el anteojo, puede ser que el paciente se caiga en una escala y termine fracturándose una cadera. Es decir, lo que hablamos respecto del costo-eficiencia de un anteojo se transforma en una prótesis que vale 30 millones de pesos.

Entonces, sí es relevante que tengamos control sanitario y, por supuesto, impedir la venta ilegal.

Señor Presidente, usted también me hizo una consulta respecto de cuál es el porcentaje de los vicios de refracción comparado con otras patologías. Si pensamos que después de los 40 años, en general, todos somos présbitas, indiscutiblemente que los vicios de refracción representan un porcentaje muy importante de la consulta. Sin ir más lejos, en esta misma comisión, creo que el doctor Santelices, a raíz de la telemedicina, al evaluar a pacientes con retina, descubrieron que el 10 por ciento de los pacientes correspondían a patología oftalmológica y el 90 por ciento eran pacientes que tenían vicios de refracción.

Además, el gran problema que tenemos en Chile radica en que hemos dejado absolutamente de lado la salud visual, siendo todo lo importante que es, por lo tanto los estudios de prevalencia que tenemos son poquísimos. No existen estudios de prevalencia actualizados. Por ahí he encontrado algunos en niños, pero en adultos no hay.

Los socios de la Cámara de la Industria Óptica de Chile ven aproximadamente a 168.000 pacientes al año en vicios de refracción. Si a esos 375.000 pacientes en lista de espera de primera consulta de especialidad sumáramos los 168.000 que ha resuelto la industria, pero que no están en la lista de espera, creo que estamos hablando de cifras muy significativas y que pueden mejorar aún más.

Recuerden, además, que el vicio de refracción en mayores de 65 años tiene cobertura del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y se paga la atención y el anteojo.

Entonces, por tres medidas que son de carácter normativo, que no requieren mayor trámite, podemos darle solución muy rápida.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Muchas gracias, tiene toda la razón. Entonces, dentro de esos 375.000 excluimos a los menores de 18 años, que, en teoría, los cubre la Junaeb, y a los mayores de 65 años, que los cubre el GES, lo que es una brutalidad.

Doctor Marchant, pido que pueda ahondar respecto del bono o la modalidad de libre elección en odontología, que fue un tema que tocó muy someramente.

Tiene la palabra, señor Marchant.

El señor **MARCHANT** (presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G.) [vía telemática].- Señor Presidente, voy por partes.

Sí, me refería, cuando sacamos dientes, a mutilación; efectivamente, está correcta la interpretación.

En segundo lugar, respecto del director nacional odontológico, es un cargo clave que existía y que el Ministerio de Salud decidió eliminar, y eso generó y genera hoy que tengamos muy poca correlación o discusión directa con el ministerio.

En cuanto a el Fonasa libre elección, actualmente en Chile solo existe libre elección en el Fonasa para algunas prestaciones enfocadas en la endodoncia en un grupo etario específico, pero la mayor parte de las atenciones odontológicas en Chile no tienen atención del Fonasa libre elección y, de hecho, y más preocupante aún, es el tema de que a nivel de GES la atención privada está enfocada en algunos megaprestadores,

en que no necesariamente se promueve el uso de los distintos GES odontológicos. Un ejemplo importante de esto es que no hace sentido el hecho de que la primera necesidad GES a nivel nacional, o sea, la urgencia odontológica ambulatoria, en el sistema privado, ni siquiera aparece dentro de las diez primeras, y esto sucede principalmente porque la gente no está haciendo el uso de sus beneficios GES a nivel privado tampoco.

¿Por qué no estamos incluidos? Principalmente no estamos en la misma situación que la medicina; no existe una tabla de valores que esté validada por el Fonasa, más allá de la modalidad de atención institucional (MAI) y, por lo tanto, no tenemos una tabla de modalidad de libre elección (MLE). En los años 80 se dijo que se iba a entregar con un tipo de reglamento, que nunca llegó, y que en la práctica evita que tanto las personas puedan acceder a esto como que también tengamos una facilidad de determinación de aranceles para, por ejemplo, un seguro complementario.

De hecho, muchos de los seguros dicen: tanto por ciento de descuento en relación con el arancel de referencia al Colegio de Cirujano Dentistas, pero este no existe desde el año 2013; por lo tanto, este tipo de cosas van sumando.

Escuché que la próxima semana el nuevo subsecretario de Redes Asistenciales va a estar con ustedes, y la verdad es que cuando él expuso en el Colegio de Cirujano Dentistas la idea del plan general, se les había olvidado considerar en el plan general la odontología. Entonces, nosotros preguntamos por odontología, y no lo tenían considerado.

Eso nos genera este tipo de problemas, porque hay mucha gente que, por poner un ejemplo bien básico, hasta hace muy poco no tenían el tratamiento periodontal dentro de su GES de diabetes,

y la desregulación periodontal genera un incremento en el azúcar del cuerpo.

Entonces, no estamos abarcando la totalidad de las patologías a que nos estamos enfrentando y obviamente no estamos obteniendo los resultados que estamos buscando.

Sin embargo, para ello, nosotros, como colegio, estuvimos trabajando en estos últimos años e hicimos unos cuantos estudios para poder facilitarle al Fonasa y poder generar esta base mínima de un arancel mínimo ético, que a nosotros nos gusta llamar así, porque es el arancel mínimo según el cual tú podrías decir que estamos utilizando los mecanismos necesarios de bioseguridad para asegurar una calidad de atención al paciente, que es un documento que nosotros también tenemos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Señor Marchant, ¿cuál sería una prestación que hoy debiera haber en modalidad libre elección odontológica y que tuviera que ingresar así como que fuera la más urgente?

El señor **MARCHANT** (presidente nacional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G.) [vía telemática].- Endodoncia y prótesis dental; cualquiera de las prótesis, porque no hay ninguna en este momento.

No tienes prótesis, entonces, cuando tú haces un tratamiento de conductos a las personas, y después le tienes que poner una corona, para que no pierda el tratamiento de conductos, no puede hacerlo porque la corona cuesta trescientos mil pesos.

El señor **LAGOMARSINO** (Presidente).- Perfecto, muchas gracias; eso fue clave.

Ofrezco la palabra.

Si no hay más preguntas, agradezco la participación de nuestros invitados.

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

-Se levantó la sesión a las 20:47 horas.

CLAUDIO GUZMÁN AHUMADA,

Redactor

Jefe Taquígrafos de Comisiones.