



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS ADQUISICIONES DE INSUMOS Y PRESTACIONES DE SALUD EFECTUADAS POR FONASA A PRESTADORES PRIVADOS, DESDE EL AÑO 2012 A LA FECHA, CONSIDERANDO SUS DIVERSAS MODALIDADES Y POSIBLES CONDUCTAS DE COLUSIÓN, ASÍ COMO EL EVENTUAL PERJUICIO FISCAL SUFRIDO COMO CONSECUENCIA DE LAS PÉRDIDAS REGISTRADAS EN LOS EJERCICIOS FINANCIEROS, A PARTIR DEL AÑO 2010, Y EL POSIBLE LUCRO CON QUE ESTA SITUACIÓN BENEFICIARÍA A PRESTADORES PRIVADOS DE SALUD.

Sesión 10ª celebrada el día lunes 13 de marzo de 2017.

De 17.00 a 18.30 horas

SUMARIO

- La Comisión escuchó al director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio.
- Luego expuso Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic.

APERTURA DE LA SESIÓN

La sesión se inició a las 17.03 horas, en la sede de la Cámara de Diputados en Santiago.

PRESIDENCIA

Presidió en forma accidental el diputado Claudio Arriagada.

ASISTENCIA

Asistieron los diputados integrantes de la comisión señores Alvarado reemplazada por el diputado Daniel Farcas, Arriagada, Castro, Rathgeb, Rubilar, Torres, y Verdugo don Germán.

Actuó como Abogado Secretaria la titular señora Ana María Skoknic Defilippis y como Abogado Ayudante el señor Mathias Lindhorst Fernández.

CUENTA



1.- Respuestas a oficios enviados por esta Comisión en relación a las sociedades médicas o comerciales con que la red pública de salud ha contratado servicios o prestaciones, en los años 2015 y 2016.

1.1.- **De la Directora del Servicio de Salud Arica**, señora Ximena Guzmán, Uribe, (N° 35-2017).

1.2.- **Del Director del Servicio de Salud Metropolitano Occidente**, señor Vladimir Pizarro Díaz., (N° 48-2017).

1.3.- **Del Director del Servicio de Maule**, señor Rodrigo Alarcón Quesem, (N° 50-2017).

1.4.- **Del Director del Servicio de Salud Araucanía Norte**, señor Cristian Mignolet Cortés, (N° 56-2017).

2.- Nota del Jefe de Bancada del Partido Por la Democracia, mediante el cual comunica que el diputado Miguel Angel Alvarado, será reemplazado hoy, por el diputado Daniel Farcas.

3.- Informe de la Biblioteca del Congreso Nacional, mediante el cual responde a una solicitud efectuada por esta Comisión, referid al oficio N° 80.

ACUERDOS

La Comisión adoptó los siguientes acuerdos:

1. **Castro.** Dirigir oficio al Contralor General de la República, a objeto de solicitar, informe el estado de tramitación respecto de una denuncia que habría hecho el Director del Hospital San José, doctor José Miguel Puccio Huidobro, referida a funcionarios de ese hospital que figuran haciendo uso de cargos inexistentes (fantasmas) o bien cobrando horas extraordinarias sin respaldo..

ORDEN DEL DÍA

La Comisión escuchó a las siguientes personas:

- Director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio.
- Superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic.



El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 249 del Reglamento y en acta taquigráfica que se adjunta al final de este documento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 18.10 horas.

CLAUDIO ARRIAGADA
Presidente (a) de la Comisión

ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS
Abogado Secretaria de la Comisión Especial Investigadora



COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS ADQUISICIONES EFECTUADAS POR FONASA A PRESTADORES PRIVADOS

Sesión 10ª, celebrada en lunes 13 de marzo de 2017,
de 17.04 a 18.08 horas.

VERSIÓN TAQUIGRÁFICA

Preside, en forma accidental, el diputado señor Claudio Arriagada.

Asisten la diputada señora Karla Rubilar y los diputados señores Juan Luis Castro, Daniel Farcas, Jorge Rathgeb, Víctor Torres, Osvaldo Urrutia y Germán Verdugo.

Concurren como invitados el superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, quien asiste acompañado por el intendente de Prestadores de la Superintendencia de Salud, señor Enrique Ayarza; y el director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio.

TEXTO DEL DEBATE

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

La señora Secretaria va a dar lectura a la Cuenta.

*-La señora **SKOKNIC**, doña Ana María (Secretaria) da lectura a la Cuenta.*

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Señora Secretaria, que ingresen los invitados.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, solicito su anuencia para que el doctor Puccio intervenga en primer lugar, dado que tiene una complicación de tiempo.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Muy bien.

A esta sesión se encuentran citados el superintendente de Salud, señor Sebastián Pavlovic, quien asiste acompañado por el intendente de Prestadores de la Superintendencia de Salud, señor Enrique Ayarza, y el director del Hospital San José, señor José Miguel Puccio.

Señor superintendente, nos han pedido escuchar en primer lugar al doctor Puccio, quien se encuentra complicado de tiempo, si usted no tiene inconveniente.

El señor **PAVLOVIC**.- Ningún problema, Presidente.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Muchas gracias.

Tiene la palabra el doctor José Miguel Puccio.

El señor **PUCCIO**.- Señor Presidente, agradezco a la honorable Cámara de Diputados y a esta comisión investigadora por haberme invitado. Me enteré el jueves en la tarde de la invitación, solo con el título. El título es tan amplio y poco claro en lo que se refiere al hospital que dirijo, que no preparé nada. Más bien vengo a conversar sobre la situación actual.

Deduzco que la preocupación de esta honorable comisión tiene relación con los convenios que el Hospital San José, como institución pública, pueda tener con instituciones del ámbito privado. En ese contexto, me he atrevido a reevaluar y a revisar el sistema de derivaciones y la forma en que funcionamos dentro del hospital.

Como ustedes saben, el Hospital San José siempre ha tenido falta de capacidad. El año pasado estuve en la Comisión de Salud, junto a varios de los diputados aquí presentes, conversando sobre una situación que se denominó "crisis de urgencia", en la cual los sistemas se saturaron y aparentemente no pudimos dar la atención que se requería a nuestros pacientes. Eso provocó una intervención y una revisión de todos nuestros protocolos. Al mismo tiempo, distribuimos cada una de las situaciones para analizarlas como tales.

En promedio, en el hospital brindamos diariamente alrededor de 350 atenciones de urgencia, en un estándar relativamente estable; existen 600 camas de hospitalizados y como



hospital de adultos tenemos un servicio de neonatología de altísima complejidad. También se entrega un número mayor de atenciones ambulatorias, de lunes a viernes, en el complejo de diagnóstico y terapéutico.

Como hospital estamos situados en el área norte de Santiago y la población asignada fluctúa en alrededor de 800.000 personas.

Estructuralmente, nuestro hospital es de los años 80. La maqueta con que el hospital se construyó y se entregó a fines de los 90 habla de una construcción de los años 80, es decir, cuando se puso la primera piedra ya quedamos chicos.

En el área norte de Santiago somos el único hospital que no tiene un segundo hospital público para resistir la carga asistencial que existe en ese sector de la ciudad. El resto de las áreas de Santiago tienen siempre un segundo hospital, pero nosotros no. Por lo mismo, en concreto debemos atender a un promedio de 800.000 personas.

Durante los últimos años se han suscrito diferentes convenios que sitúan a nuestro hospital como centro de derivación. A ello se suma una antigua normativa ministerial que establece que todo paciente proveniente de la Segunda o de la Tercera Región debe ser atendido en el hospital del área norte de Santiago. Tal situación es similar a la que en un momento existió con Isla de Pascua, en que los pacientes llegaban a Santiago en avión, los subían a una ambulancia y los trasladaban a Valparaíso, porque debían atenderse según un sistema de asignaciones regionales. Por suerte, eso se solucionó.

En el marco de este sistema damos alrededor de 350 atenciones diarias de urgencia, que son las más sensibles y vistosas.

Tenemos sistemas de consultores de llamadas mediante las cuales se busca emular la atención de especialistas durante 24 horas, con respuesta mala o insuficiente respuesta de parte de los oferentes. Tenemos un sistema clásico de atención de urgencia que considera un jefe de turno, cirujano, médico internista, traumatólogo y enfermera.

Durante el tiempo que trabajamos como equipo directivo instauramos un servicio de neurocirugía, porque al no tener neurocirugía de urgencia debíamos derivar a los pacientes dentro de la red, generalmente al Instituto de Neurocirugía, por lo que se generaba una situación bastante especial, en el contexto que el paciente no tenía una cama en la unidad de cuidados intensivos para su regreso, en el instituto no lo aceptaban.

Además, actualmente tenemos el sistema de derivaciones a otros hospitales, en primera línea a los del área pública y en segunda línea a los del área privada. En las derivaciones de pacientes de la red pública a hospitales del área privada se centraliza y hay un protocolo al respecto, el que establece que cuando nuestra propia capacidad nos sobrepasa y no podemos dar la atención como corresponde a los pacientes de mayor gravedad –no a los de baja o mediana gravedad-, estos deben ser derivados al extrasistema, sea público o privado.

De acuerdo con nuestro protocolo nos debemos comunicar con la Unidad de Gestión Centralizada de Camas del Ministerio de Salud para entregar los antecedentes, quien a su vez nos envía la información de las clínicas a las que se denomina *rankeadas* por Fonasa, con la finalidad de determinar a cuál de ellas será derivado cada paciente.

Ese procedimiento ha cambiado en el tiempo. Hace algunos años, cuando se derivaba a un paciente este quedaba bajo la responsabilidad económica y médica del hospital, de modo que había que tratar de recuperarlo a la brevedad. En la actualidad, dado que se trabaja con los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, es Fonasa la que se hace cargo del paciente y se preocupa de su traslado o de su alta final.

En el sistema que tenemos, cuando nos referimos a pacientes que no tienen solución y que son niños -que es el aspecto más sensible- generalmente hablamos solo de neonatos, y para ellos la Unidad de Neonatología del Hospital San José tiene alrededor de cien camas. En ese contexto, generalmente derivamos a la madre a diferentes instituciones cuando sabemos que ya se va a producir el parto de un niño que deberá ser tratado en la Unidad Neonatología.



Junto con todo a ese importante proceso asistencial están los procesos sociales que se han generado en el último tiempo, los que son del conocimiento de todos, los que se han concretado con paros nacionales y falencias económicas, y con esto último me refiero a aspectos relacionados con presupuesto que hemos trabajado. Por ejemplo, recibí el hospital con 18.000 millones de pesos de deuda, principalmente a proveedores, entre los que había un sistema de sociedades médicas y empresas externas, y cuando hablo de sociedades médicas me refiero a que médicos del hospital trabajaban fuera de horario, prestaban servicios y cobraban por sociedades médicas con convenios generalmente de palabra o simplemente con convenios muy sencillos. En relación con esa situación, que ha sido muy discutida, puedo decir con orgullo que en este momento en el Hospital San José no queda ni una sola sociedad médica, están todas afuera.

Por otro lado, estaban los prestadores de servicio, los que en algún minuto –la diputada Rubilar se acordará- fueron objeto de debate, puesto que se trataba de empresas que traían médicos extranjeros, situación que comenzó a surgir entre 2012 y 2013, debido a la crisis en España, en Europa, para solucionar los aspectos contemplados en las leyes respectivas.

En ese contexto, esas empresas entraron al hospital a principio de 2013 y hasta 2015. Cuando asumimos, no había ni una sola licitación, contrato o similar; los pagos se hacían solo por regularización. Nosotros pusimos orden, hablamos con la empresa, planteamos la disminución de costos, que eran carísimos, pues ya en ese tiempo lo que menos se pagaba era alrededor de 45.000 pesos la hora, y me refiero hace dos o tres años, negociamos con la empresa para bajar los montos, se pusieron cláusulas de respaldo económico y se licitó. Hasta este minuto se han realizado varias licitaciones, pero lamentablemente no se ha adjudicar, porque no se ha cumplido con los requisitos.

En ese contexto, eso dice relación, y ustedes lo sabrán mejor que yo, con los diferentes cambios de normativas y leyes que hubo, primero con el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom) y después con la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem). Actualmente, con mucho orgullo podemos decir que tenemos licitada a la empresa MAV Health Consulting SpA, ya que gracias al cambio de normativa podemos contratar a los médicos extranjeros que estén inscritos en la Superintendencia y en la Conacem, en forma alterna. También, estamos haciendo el cambio de contratación institucional, por no licitación y sin licitación a privados, pero siempre por vía pública.

Lo mismo sucedió con Soma, empresa de anestesista que se instaló en el hospital en esos años y que empezó, de una u otra manera, a través de Vis a Tergo, a controlar los cinco pabellones ambulatorios en cuyos procesos se utilizaba anestesia, empresas que tampoco tenían regularización. Desde el punto de vista contractual, pagábamos en ambas empresas más de 100 millones de pesos al mes y siempre regularizando lo que caía en la más profunda irregularidad.

Posteriormente, se hizo la licitación y ahora podemos decir, con mucho orgullo, que el 1 de abril parte otra empresa que fue licitada públicamente, pero esta vez tomamos precauciones: una comisión especial de control de la empresa, controladores de contrato, como lo dispone la ley, y tenemos comités que nos ayudan a trabajar.

Ahora bien, dentro de todo eso sí tenemos dificultades que no hemos podido solucionar: en primer lugar, la falta importante de camas.

Segundo, hay situaciones puntuales: tenemos falta de resolutiveidad, porque no somos capaces, porque no tenemos el especialista o porque todavía nos quedamos pegados en un sistema, debido a que cuesta mucho contratar médicos por más de 11 horas. La gente no quiere contratarse, y si hablamos de plata, 11 horas son 2 horas por día o 4 horas por dos días 3/4, lo que da poca continuidad al trabajo, pero a pesar de ello se hace todo, logramos las tasas que tenemos y hemos podido salir adelante en cada una de las crisis.

Por ejemplo, cuando se analiza nuestra alta tasa de traslado de 2016, debe considerar que en el área de neonatología tuvimos una infección por una bacteria llamada Serratia, la que es muy rara y con la que normalmente se contagian uno o dos niños, pero en el caso



que señalo se contagiaron muchos niños, aunque sin ningún compromiso clínico. No obstante, como debemos seguir las normas de Salud Pública, no pudimos ingresar más madres y tuvimos que empezar a derivar.

Asimismo, en 2016, en el contexto del paro nacional –están los números-, también tuvimos que derivar a muchos pacientes. Ahora bien, dentro de la derivación tenemos muy claro a quién se deriva, no se trata de que el médico de turno diga: “sabes que hoy día no tengo muchas ganas de atender, sáquenme estos pacientes”. Sin embargo, no tenemos influencias es al lugar al que se derivan. En se sentido funcionamos.

Desde el punto de vista de nuestra deuda, hemos trabajado fuerte. Más que para disminuirla, hemos trabajado en controlar los gastos que tenemos. Nuestro gran gasto sigue siendo, como en todas las instituciones públicas -más que gasto control-, las horas extraordinarias. Ese es un tema muy sensible, que trae de por sí mucha inseguridad y ha costado mucho que la gente entienda que no vamos a cortar las horas extraordinarias, sino controlarlas. Por lo tanto, si alguien necesita lo que la ley permite –el máximo de 40 y 20- se le pagarán en la medida que las haga, pero no como una forma de mejorar el sueldo. Por ejemplo, tenemos un personaje histórico con 100 horas extraordinarias al mes. No sé a qué hora iba a su casa, pero se le estaban pagando.

Dentro de ese mismo esquema, tuvimos también evaluaciones económicas y estamos trabajando en tratar de disminuir los costos sin disminuir la calidad. Pero nos pasó que partió un esquema para arreglar la unidad de diálisis y poner diálisis peritoneal, vino una empresa, miró y nos dijo: “sabe qué, ustedes pagan mal, y se retiró”. Por licitación lo pudimos arreglar, nos pudimos conseguir una segunda empresa, pero hay inestabilidad en ese aspecto.

Ahora bien, el Hospital San José es un recinto hospitalario de buen rendimiento, que está solo en la zona norte de la ciudad de Santiago, donde su gente está cada día más orgullosa de trabajar en él, cosa que ha costado. En mi caso, con mucho orgullo, estoy portando mi credencial de acreditación porque nosotros, como hospital, ante la Superintendencia, tuvimos que presentar todas nuestras capacidades, y acreditamos con 93 por ciento, por lo que salimos terceros. Sin embargo, insisto en que salimos primeros, porque fuimos el primer hospital acreditado por segunda vez, y el que salió segundo no tenía servicio de urgencia. Por lo tanto, ello lleva a que pueda establecer que somos los primeros.

Esa fue una lucha interna importante, de creerse el cuento y de trabajar por el hospital.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, son muchas las interrogantes que hay sobre el hospital San José y me gustaría que el doctor Puccio pudiera aclararnos, al menos algunas.

Se ha dado un incentivo perverso, como política general, por acción o por omisión en distintos lugares del país, para favorecer el pago directo de prestaciones en patologías AUGE, que están sobredemandadas en el horario diurno, para la contratación vía honorarios o pago directo, por las tardes, de pabellones o de acciones de cirugía para esos paciente AUGE, como motivo principal de la expansión en el área de los servicios de contratación de especialistas fuera de la jornada.

Al respecto, quiero saber cuál es la situación tarifaria que ha venido transcurriendo en el tiempo, desde el 2014 en adelante, en las jornadas de atenciones quirúrgicas u horarios médicos, según especialidad, y cuál es hoy la dimensión de esa tarifa horaria. Pregunto por la tarifa, porque tengo información de que, en diversos casos, esas tarifas por hora exceden con creces los valores equivalentes de jornada horaria de los profesionales que cumplen su servicio, lo que genera una pirámide invertida respecto de las condiciones de estímulo que queremos favorecer. Es decir, estaríamos propiciando, o se estaría dando el fenómeno de que vengan más médicos a operar en las tardes vía Auge y licitaciones del servicio en empresas privadas, que las jornadas que, a veces, quedan vacantes de esos mismos profesionales.

En segundo lugar, quiero saber si hay médicos que tengan jornada compartida, y jornada, a la vez, bajo esta modalidad de compra directa, que tengan cargos jerárquicos en el



hospital San José, y que les haya tocado dirimir la distribución de la demanda asistencial en cualquiera de las dos situaciones de jornada diurna o bajo la modalidad de compra de servicios.

En tercer lugar, quiero que me diga cuál es el modelo que se está aplicando en el hospital San José, que ha tenido tantas complejidades, trastornos, denuncias, dificultades, que incluso ha motivado a la Comisión asistir a terreno. Me interesa saber cómo se ha normalizado esta situación en función de la magnitud de estas dos instituciones que están actualmente operando –así lo tengo entendido-.

El señor **PUCCIO**.- No. Salió SOMA S.A. y entró Vigilius.

El señor **CASTRO**.- Quiero saber quiénes son los dueños de estas empresas que han estado o están en el hospital San José. Además, quiero saber –como el señor Puccio es la autoridad- en qué otros lugares están distribuidos estos señores dando la atención, porque son empresas que trabajan en múltiples hospitales, y si el hospital San José espera dar término a estos servicios o se va a sostener o sobrellevar la situación con estas empresas privadas externas. Si así fuera, me gustaría saber cuáles son las condiciones de pago, cuál es el ítem con que se les pagan los servicios. Además, como estamos hablando de anestesiólogos, me gustaría saber, para tener un marco comparativo, cuál es la planilla de sueldo mensual de los anestesiólogos del hospital San José, por jornada, y cuál es la planilla de pago, vía honorarios, a los anestesiólogos de SOMA o de la institución que sea y que recibe estos pagos. Asimismo, quiero saber cuáles son los casos en que se sobrepone esta situación, es decir, cuando los doctores reciben por los dos lados ingresos, por la vía diurna y la vía de SOMA, a cuánto ascienden los montos, que no serían menores, según entiendo.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado señor Daniel Farcas.

El señor **FARCAS**.- Señor Presidente, para quienes somos ignorantes en estas materias, pero que visitamos regularmente el hospital San José, porque atiende a las personas del distrito que tengo el honor de representar, quiero preguntar en la misma línea de que planteó el diputado Juan Luis Castro, orientado a las responsabilidades que tiene el hospital San José para con el área norte de Santiago, que por desgracia es el único hospital que está funcionando. Al respecto, quiero saber si el hospital está preparado para enfrentar estas otras cargas, que llegan vía Fonasa o de otro servicio.

Es usual que el hospital San José esté absolutamente sobrecargado de una demanda que es casi imposible enfrentar por el sistema, producto de que nos falta una capacidad hospitalaria en el área norte de Santiago. Por lo tanto, con el presupuesto y la dotación actuales quiero saber si el hospital está preparado para enfrentar la demanda.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, dado que estamos analizando las compras a privados, quiero saber por qué se generan los posibles conflictos de interés o incentivos perversos para comprar por fuera, en lugar de –entre comillas- potenciar la resolución a través de los hospitales.

Quiero saber si nuestro invitado nos puede ilustrar sobre su autodenuncia a la Contraloría. Entiendo que el señor Puccio se autodenunció por el revuelo que se generó en el hospital San José, por la cantidad de denuncias que había, lo que hizo que usted decidiera llevar al ente contralor este tema.

Por lo tanto, quisiera saber qué es lo que autodenunció, qué es lo que le pidió a la Contraloría que evaluara.

Tengo algunos conocimientos superficiales al respecto, pero entiendo que tiene que ver con su prestación de servicio en calidad de médico de la Presidenta, entiendo que tiene que ver con los servicios de hemodinamia que usted daría en el hospital San José. Lo digo en estos términos, porque será usted quien dirá qué de eso es real o no.

Por lo tanto, me gustaría que nos despejara no solo el tema de las empresas, independientemente de que eso haya sido en el gobierno anterior, respecto de por qué dan



esos servicios, o que están con médicos que no tienen Eunacom, y que a mi juicio, en algunas oportunidades, eso casi es una suerte de trata de bata blanca, porque esos médicos vienen y trabajan ahí, o nada, por lo que ahí hay algunos temas complejos, sino que también me interesa que se refiera a su situación en particular. Entiendo que el señor Puccio viene preparado para eso, y no me cabe la menor duda, por lo que creo que es fundamental que usted aclare eso en la Comisión.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el señor José Miguel Puccio.

El señor **Puccio**.- Señor Presidente, en relación con lo que plantea la diputada, no venía preparado para eso, porque pensé que íbamos a hablar del hospital, pero tengo la posibilidad de responderlo y lo haré con mucho gusto.

Encontré extremadamente delicado este tema, y voy a poner el ejemplo, porque fue bastante categórico. Me refiero a este tema de que el AUGE lo mata todo y hay que pagar lo que sea para no estar en las listas negras que no cumple el AUGE, y que es un poco lo que ha pasado en los hospitales.

Cuando asumimos, teníamos un servicio de oftalmología con excelente rendimiento, pero lo sábados en la mañana. Eso es totalmente comprobable, y no es algo que esté tirando al voleo.

Entonces, llamamos a los oftalmólogos y les pedimos que, por favor, hiciéramos una relación, al menos, de uno a uno o de dos a uno, en la cual, en forma, ellos tenían que hacer una determinada prestación -léase cataratas- en horario institucional y a cambio de eso se podía hacer una en horario no institucional. Esto provocó que nos dijeran que no y además una cosa muy insólita, cual es que, como se dice en buen chileno, agarraron la pelota y se la llevaron. Ellos eran los dueños del instrumental, cosa que nos enteramos en ese minuto.

El señor **CASTRO**.- ¿Eran extranjeros?

El señor **Puccio**.- No, eran chilenos. Se llevaron el instrumental y nos dejaron, de un día para otro -los que son médicos entenderán-, sin piezas de mano y sin nada. Volver a armar el sistema fue muy complicado.

Por supuesto, apareció rápidamente una empresa, cuyo nombre debe haber salido en esta comisión, con el nombre de Kychenthal. Empezaron a aparecer todo tipo de ofertas, las que decidimos frenar; comenzamos a trabajar, con una muy buena experiencia, en principio, con el Hospital Félix Bulnes, después con el CRS de Maipú y en parte importante con el Hospital José Joaquín Aguirre, pero con todo lo anterior nuestra lista de espera en oftalmología es vergonzosamente alta. Estamos haciendo un trabajo juntos con el Servicio de Salud para implementar las UAPO, Unidad de Atención Primaria en Oftalmología, las cuales van a dar el primer paso en todo lo que es el manejo del AUGE.

Ahora bien, una cosa importante que hay que entender de las listas de espera es que yo no las provoqué, sino solo soy un receptor y solucionador. Esto es lo mismo que entregar a alguien una tarjeta de crédito y que el jefe del banco lo rete a uno por los gastos. Insisto, yo no provoqué las listas de espera, sino la periferia.

Entonces, cuando tengo un paciente al que, por ejemplo, le diagnóstico una catarata, lo saco de la lista de espera y lo pongo en una segunda lista. Los señores usuarios del hospital estarán claros que cuando ese paciente es una persona mayor se piensa que sería bueno que lo viera el nefrólogo, el cardiólogo, que le hagamos un electro y esto empieza a crecer casi como la geopolítica.

Al respecto, hemos sido supercuidadosos en que se opere en horario institucional lo que es AUGE. No puedo poner las manos al fuego respecto de que no se nos hayan pasado pacientes AUGE en los mal llamados POA, que es un invento de hace muchos años que originalmente se llamó Programa de Oportunidad de la Atención, el cual activo si es que por marzo, abril o mayo veo que estoy mal con mi lista, pero ya está tan institucionalizado en todos los hospitales que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

En el caso de las jornadas compartidas, que preguntó el diputado Castro, debo decir, con certeza, que no hay nadie -además, no hay empresas- que sea miembro de una empresa



y que trabaje al interior del hospital. No hay nadie que sea miembro de una sociedad y que trabaje al interior del hospital. O sea, en el hospital no hay sociedades.

Lo que sí hay son médicos que tienen horas institucionales que hacen estos POA, que después complementan, y existe la obligación -cuando llegamos, había un número de médicos no menor que no eran del hospital ni tenían horario institucional y llegaban a las 17.00 horas- de un mínimo de horas que debe tener cualquier médico que se dedique a trabajar en el hospital. Por lo tanto, tiene que haber un compromiso institucional. Creo que hay una excepción que es muy puntual.

Respecto del modelo de Vigilius, que es otra de las empresas, en 2012 o 2013, se decidió que se necesitaban diferentes empresas y se vendió “el producto anestesista”, porque claramente todos sabemos que no daban abasto, no estaban en la salud pública. Hemos tenido diferentes fluctuaciones de anestesiastas. Empezaron a entrar estas empresas a ofrecer, en un caso, pago por prestación, y era el paquete completo, porque decían que les entregáramos el pabellón, que ahí iban a operar cataratas, que se preocuparían de todo, que iban a poner el personal, el anestesista y todo. Nosotros solo teníamos que poner al cirujano, el paciente y los insumos que no asumía ninguna empresa.

Ese proceso se fue sedimentando y cada vez se implementó más dentro del hospital. Cuando asumimos, nos encontramos con colegas que trabajaban en el hospital en su horario institucional, salían, cambiaban camiseta y trabajaban, en este caso, para la empresa SOMA. En este contexto, eso se estuvo deteniendo, incluso, en algún minuto cuando fue la licitación para las nuevas empresas de anestesiastas, revisamos hasta las boletas del actual jefe de anestesia, para que no hubiese nadie que dijera: “Este señor hizo un turno el 2013 para esa empresa. Por lo tanto, debe quedar deshabilitado.”. Hubo un caso de una enfermera que estaba en el comité y se le sacó.

Como expliqué al principio, la empresa que viene llegando está trabajando y trae su propia gente, su personal. En virtud del derecho al trabajo, legalmente no podemos impedir a alguien que trabaje fuera del horario, después de las 17.00 horas, porque estaríamos restringiendo su derecho laboral, pero la única opción que había eran los consultores de llamada, la cual explicaré enseguida a la diputada Rubilar. Aunque ella debe saber de qué se trata, porque tiene que ver con lo que me estaba preguntando.

Los consultores de llamada son especialistas que se solicitan en un determinado hospital. Por ejemplo, se dice que se necesitan cardiólogos hemodinamistas y uno dice: “Yo me inscribo”, pero no podía ser en el propio hospital -para que hubiera transparencia-, sino en otros hospitales y en otras áreas. Esa normativa se eliminó hace muchos años y, por lo tanto, se permite que la misma gente que trabaja en el hospital pueda ser consultor de llamada.

En el caso de los POA -voy a volver a ese tema-, que tenemos claro que funcionan con gente del hospital, lo que se hace es que se llega a acuerdos económicos, en los cuales el hospital también exige una parte: después de la 17.00 horas son pacientes institucionales y no hay medicina privada al respecto.

Incluso, hay un proyecto que presentamos el año pasado al ministerio, en virtud del cual me permití cerrar pensionados, porque me pareció impresentable que, teniendo pacientes acostados en camillas, tuviese en el quinto piso espacio para una oportunidad económica diferenciada del resto. Es más, di la oportunidad a los cirujanos de que se construyeran algo al lado y que yo les vendía alimentos, medicamentos, pabellones, lo cual no se ha concretado.

Eso lo hicimos, porque estamos viendo la posibilidad, como los pisos de pensionados son muy grandes y se achican los baños, de aumentar en más de 35 camas, sin mayor poder constructivo ni inversión económica y con el mismo personal.

Ese es un proyecto que aún no ha salido y todavía estamos esperando que nos contesten desde Inversiones.

La empresa Vigilius tiene un sistema absolutamente controlado por lo que he podido averiguar. Yo me metí al final en el tema Vigilius.



El señor **CASTRO**.- ¿Quiénes son los dueños?

El señor **PUCCIO**.- Tengo entendido que es un señor de apellido Rodríguez, pero, como señalé, me metí al final en ese tema.

Esta licitación se hizo entre los jefes de servicio -las bases- y la subdirección médica, junto con una comisión. Como dice la ley, fue adjudicada y una de las razones importantes por la que ganó esta empresa es que había una diferencia de casi 40 millones mensuales entre una y otra empresa, ofreciendo lo mismo. Dentro de lo mismo estaba que debían traer máquinas de anestesia y parte del personal para poder complementar.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, ¿podríamos solicitar información respecto de los representantes legales de las empresas y todos los antecedentes que está señalando el doctor Puccio?

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Muy bien, pediremos todos los antecedentes al respecto.

El señor **PUCCIO**.- Les enviaré la licitación.

Debo confesar al diputado Farcas que no entiendo lo que escribí, pero ya lo descubriré.

Respecto de las compras a privados, como le he dicho a la diputada señora Karla Rubilar, es un poco lo mismo que he enunciado de cómo lo estamos haciendo.

En cuanto a las compras a privados directos hay que diferenciar los suministros hospitalarios. Lamentablemente -lo digo responsablemente- la Cenabast no es lo que quisiera que fuese. Me encantaría que fuese solo a través de la Cenabast, porque eso nos permitiría cantidad, calidad y precios accesibles. En lo que corresponde a compras de empresas privadas o algo por el estilo es todo, sin excepción, bajo licitación.

Si se tuviese algún dato que no es así, le pediría que me lo diera para, por oficio, mandarle la información al respecto.

En relación con mi autodenuncia, puedo decir que se basa en lo siguiente: soy cardiólogo hemodinamista y, desde el 2008, trabajo en el hospital haciendo cardiología invasiva, angioplastia, las 24 horas al día.

Con mucho orgullo, puedo señalar que la unidad cardiovascular -yo no era director del hospital- no tiene nada que envidiarle a ninguna otra del mundo. Hay especialistas las 24 horas del día, y se atiende a los pacientes a), b), c) o d) sin problemas, en 24 horas los pacientes están con sus marcapasos instalados. Si es una urgencia cardiológica, se soluciona dentro de las seis horas y nueve horas que exige la normativa clínica. Y los pacientes están generalmente a los dos, tres o cuatro días, según la evolución, en su casa.

Cuando postulé al cargo de director por el Sistema de Alta Dirección Pública la ley me amparó en el contexto de que tengo derecho por la ley N° 20.261 a usar doce horas de mi tiempo en actividad docente y/o clínica.

En ese contexto, seguí haciendo actividad clínica después de las cinco de la tarde y fines de semana -cuando digo después de las cinco de la tarde, no es hasta las ocho de la noche, incluidas las tres, cuatro o cinco de la mañana- como consultor de llamadas, aparte de mi horario, amparado en esta normativa, la que además me dice que debo devolver en concordancia con el director del Servicio, cosa que si se revisa mis marcaciones, que están también a la vista, podrá ver que las devuelvo con creces.

Respecto de mi conflicto con algún gremio que se sintió un poco pasado a llevar cuando empezamos a hacer las revisiones de horas extraordinarias, de contratos poco claros y de gente que cobraba -casi treinta y tantas personas- sueldos y nunca habían pasado por el hospital, o los 360 millones de pesos en un año en horas extraordinarias, sin ningún respaldo, señora diputada, apareció una carta anónima reclamando por mi no dedicación exclusiva, por mis viajes presidenciales, y que, por lo tanto, yo no podía hacer eso.

Debo recalcar que, desde que asumí como director ADP en marzo del 2016, nunca más pedí permiso para los viajes presidenciales. Pedía vacaciones para que no se confundiera, y que habían sido dos, porque por lógica el grupo de médicos presidenciales somos varios, y la situación laboral que tengo al interior del hospital tampoco me da para estar viajando todas las veces como alguna vez lo hice con otros presidentes.



Como eso trajo bulla -tengo la conciencia extremadamente limpia- fui a la Contraloría General de la República, hice una presentación a que acompañe posteriormente un informe en derecho -que creo habérselo mandando a la diputada señora Rubilar o, si no, me comprometo a hacerlo-, en el cual se certifica de por qué yo no estoy en la ilegalidad.

El 8 de noviembre hice la presentación y hasta el día de hoy, lunes 13 de marzo, no he tenido respuesta de la Contraloría General de la República.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, la denuncia de las horas extras que es sin respaldo y de los treinta y tantos funcionarios que no existían, ¿es una denuncia en la fiscalía?

El señor **Puccio**.- Está entregada a la Contraloría General de la República.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Pero eso es un delito. El funcionario fantasma es un delito.

En ese sentido, ¿se hizo la denuncia al Ministerio Público?

El señor **Puccio**.- Se hizo a la Contraloría General de la República, porque lo que objetivamos son los hechos. No tengo la capacidad ni la facultad -eso lo decide la Contraloría- de investigar. Yo solamente he presentado hechos y la Contraloría tendrá que decidir si investiga. Y, a su vez, hacerlo a través del Ministerio Público.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, solamente quiero decir que si el director hace la denuncia que hay treinta y tantos cargos fantasmas. Eso es un delito. Hay gente contratada que recibió un sueldo y no está. Eso no necesita pasar por la Contraloría, sino la denuncia del director en el Ministerio Público.

Entonces, ¿por qué no hizo la denuncia en el Ministerio Público?

El señor **Puccio**.- Según la normativa, tengo que ir, primero, a la Contraloría General de la República a entregar eso.

No tengo problemas de que lo hagamos como corresponde. Porque lo que objetivé es entregar una lista y decir. Pero no me puedo meter en sus cuentas bancarias ni en revisar otras historias. Eso lo hacen entidades superiores a mí.

Como director de hospital tengo cuarenta y ocho horas para actuar sobre una denuncia.

Cuando recibí el documento fuimos a la Contraloría General de la República, a la Oficina de Partes, y en la Sección de Salud porque en ese momento estaban reestructurándose, entregamos esto. De eso, tampoco hemos tenido respuesta.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Ahora, Contraloría General de la República tiene la obligación, cuando fruto de una investigación hay elementos fidedignos que son constitutivos de delito, de derivarlo a la Fiscalía.

Tiene la palabra el diputado señor Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, pido que oficie al contralor General de la República, a fin de que informe sobre la denuncia que hizo el doctor Pucci hace cuatro meses.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- ¿Habría acuerdo?

Acordado.

Muchas gracias, doctor Puccio. Ha sido un agrado haber escuchado de su gestión.

Corresponde escuchar al señor Sebastián Pavlovic, a quien le ofrecemos la palabra.

El señor **PAVLOVIC**.- Señor Presidente, como ya vine a hablar antes de este tema, básicamente entendía que podía haber preguntas.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada señora Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Señor Presidente, la única pregunta que le podría hacer al superintendente en esta materia tiene que ver con la compra de servicios a profesionales que no tenga el Eunacom, porque no tengo claridad en qué tenor se podría hacer una consulta al superintendente en esta materia.



El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra señor Sebastián Pavlovic.

El señor **PAVLOVIC**.- Señor Presidente, en esto hay que hacer algo de historia de la norma y ver en el fondo por qué se han ido generando tanto el problema con la situación de la Eunacom.

Originalmente, cuando se discutía el proyecto de ley que crea el examen único nacional de conocimientos de medicina se hacía sobre la base de que ya venía la experiencia previa del examen de medicina organizado por la Asociación de Facultades de Medicina, y se acordó entregar esto a un ente privado.

Básicamente, tenía por objeto avanzar en el establecimiento de un estándar mínimo de calidad. Había muchas más facultades de medicina que hace veinte años y se ideó como un requisito para entrar a la Administración Pública.

En la última parte de la tramitación de esta iniciativa, mediante una indicación parlamentaria, se incorporó una norma que permitía que aprobando el examen se entendía que una persona había convalidado su título, y que era, en algún sentido, equivalente al que obtenía en esa época y hasta el día de hoy de manera exclusiva a través de la Universidad de Chile, que es la convalidación de títulos otorgados en el extranjero cuando no media un tratado internacional sobre la materia.

La Contraloría General de la República, al tomar razón del reglamento de esta ley, estableció que esta convalidación de títulos solo tenía efectos para la finalidad de trabajar en el sector público, con lo cual ya se genera una suerte de inconsistencia normativa compleja, que es que un mismo profesional extranjero, o chileno que estudia en el extranjero, que aprueba el Eunacom y que está media jornada en el sector público y media jornada en el sector privado, las actividades desarrolladas en el sector público están amparadas por ley y esas mismas actividades en el sector privado equivaldrían al ejercicio ilegal de la profesión.

Con el tiempo, aunque Eunacom significó un avance para facilitar de alguna manera la incorporación de chilenos o extranjeros que hayan estudiado en el extranjero, las tasas de reprobación empezaron a ser bastante importantes para las personas tituladas en el extranjero.

A partir de eso, se empezó a instalar, por la vía de los hechos, un creciente ejercicio profesional de profesionales chilenos y extranjeros que estudiaron en el extranjero sin Eunacom aprobado, sobre todo en atención primaria. En algún momento se aprueba una ley para regularizar esta situación de alguna manera, y se estableció un plazo. Para los médicos, que han estado desde tal fecha, tienen dos años para obtener la regularización de su situación a través de la aprobación de un examen.

Se da la paradoja que los médicos extranjeros o chilenos que estudiaron en el extranjero que no habían dado Eunacom, pero que habían entrado a trabajar después de esa fecha determinada por ley, no tenían la obligación de cumplir con la aprobación del Eunacom dentro de ese plazo.

Por lo tanto, hoy estamos en una situación bastante compleja porque por un lado hay un número acotado de médicos que ingresaron a trabajar antes de una fecha, se les venció el plazo y no pueden ejercer la medicina porque no han obtenido su convalidación a través del Eunacom, y tampoco lo han hecho en ese tiempo a través de la Universidad de Chile; por otro lado, hay una serie de profesionales que entraron a trabajar después de la fecha determinada por la ley, que hoy están también ejerciendo en un espacio de cierta precariedad normativa, en general amparados por la autorización que el artículo 112, del Código Sanitario, otorgan los seremis de Salud para poder ejercer en lo que el Código denomina "localidades aisladas".

Hay un reciente dictamen de Contraloría que acota el concepto de "localidad aislada", fundamentalmente porque el Código Sanitario menciona islas y buques, y a propósito de una consulta que se hizo no recuerdo bien si al director del servicio o al hospital de Arica, para saber si Arica era o no una zona aislada, la reflexión de Contraloría fue que Arica no es zona aislada para los efectos de la aplicación de esta norma.



Entonces, hoy estamos en una situación bastante delicada porque hay un dictamen de Contraloría que dice que pese a eso, por el principio de continuidad de la atención, los órganos administrativos están facultados para poder contratar a personas que no cumplan con los requisitos legales para ejercer.

Hemos conversado con el ministerio del riesgo que hay no solo para la acreditación que administra el doctor Ayarza, sino que además del descontrol que puede haber si cualquier autoridad administrativa, director de salud municipal, alcalde, director de hospital, determina por sí y ante sí que por sus necesidades, aplicando el principio de continuidad de salud, puede contratar a cualquier persona extranjera que presente un título otorgado en el extranjero y que no ha logrado su convalidación en la Universidad de Chile o bien a través de Eunacom.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra la diputada Karla Rubilar.

La señora **RUBILAR** (doña Karla).- Mi duda tiene que ver, más que con la contratación directa de funcionarios sin Eunacom que hacen los alcaldes por el principio de continuidad y necesidad, con estas sociedades que terminan prestando servicios ya sea a través de licitaciones o tratos directos que finalmente no cumplen el estándar.

Por su intermedio, señor Presidente, quiero consultar si Eunacom y Conacem, en lugar de depender de Asofamech, debieran estar bajo la tutela de la superintendencia.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Quiero hacer una pregunta y una afirmación.

Según los antecedentes que tengo del área suroriente, particularmente de las metas sanitarias en atención primaria, muestran que numerosas comunas tienen un cumplimiento superior al 90 por ciento.

Si las metas sanitarias del país en atención primaria se cumplen, más allá del control sano, eso indica que las personas que están prestando los servicios en atención primaria son competentes.

¿Tienen datos de situaciones anómalas en atención primaria? Por el área que me corresponde representar, las cifras me dejan tranquilo cada año. Las cifras las tenemos presente para la aprobación del presupuesto del año siguiente.

Me sorprendió el número tan grande de personas que no cumplen los requisitos para ejercer la profesión médica en Chile. En La Pintana, por ejemplo, no había médicos chilenos disponibles. Durante años vi al alcalde Pavez trabajar mayoritariamente con médicos extranjeros. El 90 por ciento de los médicos, por distintas razones en comunas como La Pintana, Lo Espejo y La Granja, son médicos extranjeros, y se produce un cumplimiento de metas sanitarias bastante importante. ¿Cómo se explica esta contradicción?

El desempeño del médico es una cosa, pero las metas las pone el gobierno. Me refiero más allá del control sano, porque se agregaron una serie de programas bastante interesantes en atención primaria y tuvieron buen resultado.

Tiene la palabra el señor Pavlovic.

El señor **PAVLOVIC**.- Señor Presidente, por su intermedio, respondo a la diputada. Respecto de las sociedades médicas, en general, las formas de contratación a honorario, contrata, externalización o por más informales que sean, en ningún caso debieran servir para evadir el cumplimiento de la normativa en materia de acreditación.

Más allá de lo regular o irregular, de todas las situaciones puntuales, a través de sociedades médicas no debiera ampararse el ejercicio ilegal de la profesión, dejando sin cumplir algún requisito establecido en la norma.

Respecto de la función de Conacem, Conaceo y Asofamech, me parece que en Chile se optó por un modelo de colaboración público-privado en materia de la certificación de la calidad. De hecho, lo mismo es válido, con normas distintas quizás, en lo que se hace a través de la acreditación, porque no es la Superintendencia la que acredita, sino las entidades privadas que en algún sentido son depositarias de la fe pública. Hay distintos modelos en los países.



Sin duda, es una función pública. A mi juicio, es parte de los acuerdos societales a definir: si hay un espacio de colaboración público-privado para eso.

La visión que tengo en relación con la acreditación es que ha funcionado razonablemente bien. Me parece que los conflictos de interés están razonablemente limitados por el mismo diseño interno, porque es por sorteo, porque las remuneraciones no dependen del resultado de la acreditación.

En materia de certificación de especialidad tengo mis dudas, básicamente porque creamos una suerte de monopolio a través de Conacem y Conaceo que encierra una serie de incentivos mal colocados.

En el caso de Asofamech han dado muestras de hacer un trabajo profesional. Sin perjuicio de eso, es parte del debate internacional. En Estados Unidos los abogados se acreditan ante la barra (*Bar exam*) y con las sociedades médicas es lo mismo.

En su momento se desconfió de la capacidad del Estado para hacer esta función y se entregó a privados.

Las políticas públicas funcionan un poco con el método ensayo-error, el cual por lo menos en materia de acreditación ha funcionado razonablemente bien, pero en el caso de las otras constituye parte de un debate perfectamente legítimo.

Respecto de los resultados de la evaluación de los programas de Atención Primaria de Salud, APS, mi impresión es que esa información la tiene el ministerio. El dato que nosotros manejamos es que en general los médicos extranjeros están bien evaluados, de manera que no hayan cumplido con los requisitos no necesariamente indica que un profesional sea malo. De hecho, puede ocurrir al revés, que a alguien le haya ido bien en el examen no garantiza que no se vaya a equivocar o que no vaya a tratar mal a un paciente. Tanto las habilidades como las competencias sociales o morales de una persona no se evalúan en una prueba estandarizada. Sin perjuicio de eso, por lo menos yo soy de los que cree que es necesario contar con ciertos estándares mínimos para permitir el ejercicio de la medicina en Chile, y en general eso debiera ocurrir con cualquier profesión, salvo que lleguemos a un acuerdo con otros países, que permita el libre tránsito de las personas, pero eso tiene que ver con políticas de integración distintas.

Por último, quiero insistir en que soy de los que cree que el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina, Eunacom, cumple un rol importante. Quizás haya que perfeccionarlo, pero me parece que todos los instrumentos que hemos creado en la última década, destinados a avanzar en calidad, son fundamentales para el éxito de las políticas sanitarias.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el doctor Enrique Ayarza.

El señor **AYARZA** – Señor Presidente, los niveles de cumplimiento de las metas, en relación con la disponibilidad de médicos en lugares como La Pintana, San Ramón, La Granja y el sector suroriente, como en otros en Santiago y en el resto del país, es una materia que se debe mirar con lupa. Lo señalo porque una cosa es que se establezcan metas de cobertura, y otra es que esas metas sean suficientemente exigentes. Si las coberturas que se están pidiendo no son tan difíciles de lograr con la cantidad de gente que está atendiendo, y se cumplen en torno a 90 por ciento, eso está bien. La demostración de que se cumplen está bien, pero que eso sea suficiente para la población, para cumplir con el nivel de tasa de consulta y la calidad en cuanto a la prevención de enfermedades e impacto sanitario, yo no estaría tan seguro, por eso hay que darle una doble derivada de mirada.

Lo que sí es preocupante, y lo quiero remarcar, es que debido a que en Chile estén trabajando médicos sin autorización o personas que se han titulado en el extranjero, ya sea chilenos o extranjeros, nuestro país está pasando a ser uno de los más permisivos. Es cierto que faltan médicos para otorgar todas las coberturas de atención; eso es muy importante, pero también hay que tener en cuenta que el primer peldaño de calidad es asegurarse de que quienes presten atenciones de salud sean profesionales habilitados, que cumplan con todos los requisitos para hacerlo en nuestro país, que tiene características propias como



para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la neumonía y la bronconeumonía, las que causan muerte de niños y que en países con otros climas afectan a la población de manera distinta.

Quiero hacer un llamado de atención en un punto. Estamos muy preocupados por la situación que se está dando actualmente, que por la falta de médicos, estamos dejando trabajar, en las mismas condiciones que los que se titulan acá, a personas que todavía no confirman si tienen las habilidades y la capacidad de trabajar en Chile.

Llegan a Chile muchos médicos extranjeros muy buenos, muy bien preparados, pero hay otros que hay que constatar que sea así. Hay algunos que obtienen muy malos resultados en el Eunacom, de forma reiterada; hablo de malos resultados, de porcentajes muy bajos, y eso es muy llamativo si es que se han formado como médicos. Entonces, hay que poner atención en eso.

El señor **ARRIAGADA** (Presidente accidental).- Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 18.08 horas.

ALEJANDRO ZAMORA RODRÍGUEZ,
Redactor.
Jefe Taquígrafos Comisiones.