



## **CUESTIONARIO A ASAMBLEA GENERAL**

### **DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION Y ACREDITACIÓN.**

Objetivo: de acuerdo a la posición del Departamento de F/A, se han resumido los siguientes planteamiento y sus posibles interrogantes para presentar a la próxima Asamblea de COLMED.

a) EUNACOM.

Revisadas las conclusiones de las memorias de nuestro Depto. desde hace 4 años y las conclusiones del reciente informe de la OMS/OPS (enero 2018) sobre el tema, se puede establecer.

1.- El examen es indispensable para evaluar la calidad comparativa de los médicos emergentes de las distintas UES nacionales, como también de los migrantes extranjeros. Sin embargo, algunos autores lo limitan y aún descartan su práctica.

¿El examen debe permanecer en sus líneas y objetivos generales?

2.- La calidad del examen, en su confiabilidad y estructura, como también su presentación, han sido adecuadas en general. Sin embargo, para su validez como instrumento evaluativo, se sugiere agregar más preguntas de Salud Pública y referidas a la Atención Primaria.

¿Está de acuerdo, agregaría otras deficiencias estructurales?

3.- Se reconoce que desde su inicio, se trata de un examen escrito de conocimientos y que falta un examen práctico con excepción de los antecedentes que traen los médicos nacionales de sus carreras y Universidades respectivas. Los extranjeros no lo pose en. Se ha



pensado en el Depto. realizar un examen tipo ECOE (u =OSCE en sus siglas en inglés), del que hay experiencia inicial en nuestro medio.

¿Cómo realizar además una evaluación práctica?

¿Sería partidario de una modificación tipo OSCE (examen clínico, estructurado de +-10 a 20 minutos)?

4.- La dependencia estructural e institucional del examen corresponde a ASOFAMECH, lo que determina posibilidades de intereses creados. El Depto. sugiere, junto a otras opiniones, descentralizarlo y armarlo como una agencia independiente, pero en la que tengan participación ASOFAMECH, MINISTERIO DE SALUD Y COLMED, cada uno con miembros representantes en su directorio. El financiamiento debería ser estatal.

¿Está de acuerdo en la externalización?

¿Concuerda con financiamiento estatal o compartido por las instituciones miembros?

5.- Para la gestión y administración se ha recomendado contar con un equipo directivo de más personas y con un recinto de mayor amplitud y comodidad para sus diversas obligaciones.

¿Se puede mantener una dirección unipersonal, por elección, asesorada por una comité ejecutivo tripartito? ¿U otro sistema de gestión?

6.- Los médicos extranjeros han criticado el examen por ser discriminatorio, pues usa términos y conceptos que no son entendidos por los médicos extranjeros.



¿El directorio de EUNACOM y el Informe OMS/OPS no lo encuentran discriminatorio, y es así a su juicio?

7.- Se ha anotado que la línea de corte normal o adecuada (50%) no depende de un criterio claro. Ella ha separado permanentemente a los médicos extranjeros de los nacionales.

¿Está de acuerdo y sugiere su cambio y en cuales valores?

8.- La longitud del examen se ha pensado en reducirlo a 100 preguntas y en cada una a sólo 4 opciones de respuesta. Además no restar las preguntas equivocadas.

¿Está de acuerdo?

## B) CERTIFICACION Y RECERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES.

En este problema, las fechas de término de las etapas están definidas. La recertificación debiera considerar las especialidades básicas y no las subespecialidades, en gran medida porque el mecanismo del proceso es complejo y hay más de 15 mil médicos especialistas en el país. Las Universidades pueden recertificar por derecho propio a sus egresados. El problema está en el reconocimiento por examen de los demás especialistas, que son la mayoría. Hay consenso en el Depto. que los médicos reconocidos por Fonasa no pueden ingresar a la recertificación por ese mero hecho.

El puntaje del protocolo de recertificación es muy amplio, con porcentajes discutibles.



¿Está de acuerdo con la recertificación planteada?

¿Los médicos reconocidos solamente por Fonasa como especialistas deben recertificarse?

¿Acepta recertificarse con el sistema planteado por Conacem y Asofamech, mediante certificados y porcentajes de aceptación que son discutibles?

¿Acepta la posibilidad de ser acreditado como especialista con un examen teórico y práctico y no solo mediante certificaciones y documentos, especialmente cuando por más de 6 años ha ocupado cargos o actividades administrativas y directivas, que impiden la acción clínica constante?.

¿Se certifican solo las cuatro especialidades llamadas “madres”, medicina interna, cirugía, obstetricia – ginecología, pediatría?.

Si es aceptada esta propuesta ¿En cuánto tiempo más se certificará y recertificarán las subespecialidades?.

¿La certificación de especialistas por universidades serán reconocidas si estas son acreditadas o solo las que tengan programas acreditados?.

CONACEM comenzará en agosto del 2018 a reacreditar a los especialistas reconocidos como tales a partir del 2008, y que según su reglamento vigente dura esta primera acreditación 10 años. Se calcula que sean alrededor de 20 por mes por año. Antes del 2008 no tenía fecha de término la certificación.

En la quinta y última reunión del MINSAL para establecer los criterios para renovar la certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud realizada el 12 de enero de 2018, donde participó



Colegio Médico de Chile, Decanos y ASOFAMECH, se planteó que para la recertificación como especialidad debería demostrarse como requisito, que se ha ejercido la especialidad, a los menos, durante doce meses continuos o discontinuos en los dos años previos a la presentación de una solicitud de renovación con por los menos 10 horas semanales.

¿Se tomaran las actividades privadas debidamente certificadas con el mismo criterio?

¿Se está de acuerdo?

¿Se debe profesionalizar CONACEM con los pagos honorarios a los examinados y la administración en su conjunto?

¿Este honorario debe ser por parte del estado? o

¿Ser entidad autónoma autofinanciada?

### C) NORMATIVA DE CAMPOS CLÍNICOS.

1.- El Depto. piensa que a calidad de una carrera médica, desde el punto de vista de su acreditación, debe referirse explícitamente al pregrado o al post-título, por lo que la normativa de “campos clínicos”, en forma básica, debe referirse al pre-grado, que es la etapa en que todas las carreras médicas están interesadas en ellos. El post-título corresponde a pocas universidades y a un proporcionalmente menor número de postulantes.

¿Campos clínicos estatales sólo para el post-título?



¿Campos clínicos del Estado susceptibles de ser ocupados por todas las Universidades, públicas, estatales y privadas, de acuerdo a concurso con Protocolo determinado?

2.- Clásicamente la docencia médica se hace en la atención secundaria y terciaria. Pero hay ahora una tendencia a rescatar la importancia de la Atención primaria en su calidad docente, porque es la primera etapa del Médico general y porque es la clave sanitaria para optimizar la atención pública de salud.

¿Es partidario de utilizar también la Atención Primaria como campo clínico independiente para la docencia de pre-grado?

3.- Ha sido una controversia permanente el costo que la docencia representa para el Sistema de Salud ministerial, como también el reconocimiento del aporte que las Universidades y la docencia realizan para la atención pública de salud. Se han implementado diversas pseudo-soluciones, como pago por estudiante, construcción de estructuras tecnológicas y laboratorios adyacentes por las UES, contribución de académicos e Internos en la atención rutinaria en Hospitales y Consultorios de Especialidades y otras menores. Ahora se descarta el pago directo per cápita estudiantil, pero se le reemplaza por “retribuciones”, a pactar según los Servicios y las disponibilidades universitarias.

¿En contra o a favor de pago per cápita por alumno?

¿Acepta las retribuciones, pero pactadas en forma clara y equilibrada?



4.- La relación “Asistencia –Docente” ha sido la clave del progreso médico, en la medida que sus partícipes directivos y sus realizadores han sido reconocidos y están convencidos de la importancia de su labor coordinada. Pero, frecuentemente han surgido conflictos menores en cuanto a la preminencia de u dirigente del Sistema Público o del académico. En el actual proyecto para la periferia, existe mayor preponderancia directiva y discrecionalidad en las materias de parte de los Directores de Hospital.

¿Deben mantenerse Comisiones bilaterales equilibradas al respecto?

¿Debiera mantenerse una Comisión central a nivel ministerial CONDAS, con capacidad y eficiencia directiva nacional?

5.- Para el concurso de las UES por campos clínicos, se establecen puntajes de acuerdo a criterios discutibles (antigüedad, acreditación, localización, etc.). Pero existe la Autonomía universitaria, condición común a todas, y los estudiantes son todos iguales en sus perspectivas y derechos de enseñanza.

¿Se debe revisar el sistema de puntaje, haciéndolo más justo y equilibrado?

6.- Tradicionalmente ha existido una cierta competencia y animosidad entre médicos asistenciales y docentes en un Servicio hospitalario asistencial y el Depto. Universitario respectivo. Además, en forma parcelar y transitoria, se ha reconocido con calificación académica a los médicos asistenciales que colaboran con la docencia.



¿Debiera darse reconocimiento a los médicos asistenciales que colaboran con la docencia?

¿Debiera solicitarse y comprometer un mayor compromiso de parte del Ministerio de Salud y los Directores asistenciales en relación a la labor docente de los funcionarios, debido a que la enseñanza médica es eminentemente tutorial?.

Santiago, marzo 28 de 2018.

**DR. CARLOS CARVAJAL H.**  
Presidente Departamento Formación y Acreditación  
Colegio Médico de Chile A.G.