



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**PROGRAMA DE MÉDICOS EN ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF) –
EX MÉDICO GENERAL DE ZONA: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA
ESTRATEGIA DE RETENCION DEL PLAN DE FORMACION DE ESPECIALISTAS**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

CATALINA INÉS PORTALES ORELLANA

PROFESOR GUÍA:

Jerko Juretić Díaz

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

Rosa María Alarcón Bustamante

Javier Antonio Farías Soto

SANTIAGO DE CHILE

2022

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO
DE: Magíster en Gestión y Políticas Públicas
POR: Catalina Inés Portales Orellana
FECHA: 2022
PROFESOR GUIA: Jerko Juretić Díaz

**PROGRAMA DE MÉDICOS EN ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF) –
EX MÉDICO GENERAL DE ZONA: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA
ESTRATEGIA DE RETENCION DEL PLAN DE FORMACION DE ESPECIALISTAS**

Este estudio analiza los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, y en específico la contribución del Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación, a preparar un personal médico especializado motivado y con las competencias técnicas adecuadas para desempeñarse en el Sector Público de Salud.

El análisis de la presente investigación se realiza en base al “*Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*”, elaborado por la Organización Mundial de Salud –OMS- y al *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral* que en él se propone –Fase de Entrada-, con el fin de observar los procesos de formación del personal médico especializado asociados al Plan de Formación de Especialistas. El estudio es en base al modelo de *métodos cualitativos*, específicamente la *Teoría Fundamentada*, la cual tiene como característica primordial que la fundamentación de los conceptos es en base a datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación (Strauss y Corbin, 2002, págs. 18-22).

Dentro de los resultados de este trabajo, se revela que el Plan de Formación de Especialistas es una política pública que busca mejorar el aumento de personal sanitario en zonas rurales y de menor desarrollo socioeconómico, mediante acciones de control de orden legislativo, normativo y, administrativo, siendo su pilar la entrega de subsidios de formación con destinos obligatorios. Por otro lado, se observa que esta estrategia obtiene resultados concretos de aumento de médicos y médicos especialistas durante el período que dura el ciclo normativo establecido. Y, por último, se destaca que, dentro de la política pública, el Programa EDF, tiene particularidades diferentes en su ciclo que contribuyen de forma especial a mejorar la falta de médicos y médicos especialistas del país mediante su Etapa de Destinación

DEDICATORIA

A Mateo, mi hijo, por la motivación.
A Fabián y mi familia, por la confianza.
A Dios, por su bondad.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, en especial a la Escuela de Ingeniería, por el constante apoyo académico y metodológico prestado a sus alumnos para culminar la tesis.

Al profesor Eduardo Saffirio y Carlos Huneus, por confiar y motivarme a realizar el Magíster y conseguir la beca Konrad Adenauer.

A los profesores guías que me ayudaron en este proceso, primero a Antonio Galdames Sepúlveda que me orientó en la primera fase de este proceso, y a Jerko Juretić Díaz quien me ayudó a culminar y cerrar esta etapa de formación.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	4
2.1. Pregunta de investigación	4
2.2. Objetivo general.....	4
2.3. Objetivos específicos	4
3. ANTECEDENTES	5
3.1. Nuevo problema público de salud: falta de médicos y médicos especialistas.....	5
a) Plan de Garantías Explícitas –GES-: la ampliación de las “listas de espera en atención”.	5
b) Configuración de un nuevo problema de salud pública: <i>falta de médicos especialistas.</i>	7
4. MARCO CONCEPTUAL	9
4.1. Recursos Humanos para la Salud: <i>conceptos y clasificaciones</i>	10
4.2. Personal sanitario desde la perspectiva del Enfoque de Ciclo de Vida Laboral.....	11
a) Enfoque de Ciclo de Vida Laboral del personal sanitario: <i>foco en la Etapa de Entrada</i>	11
b) Componentes de la formación de trabajadores sanitarios.....	14
4.3. Recomendaciones normativas para aumentar el personal sanitario en zonas desatendidas: <i>formación con destinos obligatorios</i>	21
a) Servicio Obligatorio.....	21
b) Formación con destinos obligatorios	22
5. METODOLOGIA	23
5.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
a) Análisis documental:.....	24
b) Entrevistas:.....	25
5.2. Plan de investigación:	26
6. PLAN DE INGRESO, FORMACIÓN Y RETENCIÓN DE ESPECIALISTAS EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD: <i>ESTRATEGIA DE FORMACION CON DESTINOS OBLIGATORIOS</i>	28
6.1. Estrategia del Plan: aumento de subsidios de formación (becas) y ampliación de servicios obligatorios a lo largo del país.....	28
a) Formación con destinos obligatorios para médicos recién egresados	30
b) Formación con destinos obligatorios para médicos con antigüedad en el Servicio Público	31
6.2. Implementación y financiamiento del Plan: período 2014 y 2018 experimenta mayor inversión en recursos	33
6.3. Resultados del Programa EDF durante los años de mayor inversión en la Política Pública de Formación de Especialistas (2014-2017):.....	35
a) Etapa de Destinación Médico EDF: aumento de 1966 médicos a la Atención Primaria de Salud.....	36
b) Etapa de Formación Médico EDF: 756 médicos EDF especialistas sin retorno asegurado a la Red Pública de Salud.....	38
6.4. Período Asistencial Obligatorio: Insuficiente como política de retención.....	39

7. DEBILIDADES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS: IMPORTANCIA DE CONSIDERAR ESTRATEGIAS QUE APUNTEN A MEJORAR LA FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA PREVIA AL EJERCICIO PROFESIONAL DEL MEDICO	41
7.1. Criterios de Admisión exigentes y favorables para estudiantes provenientes de zonas urbanas y socioeconómicamente acomodadas	41
7.2. Pasivo proceso de reclutamiento y selección de estudiantes	46
7.3. Desconocimiento de la capacidad formadora de las Escuelas de Postgrado	47
7.4. Sistema de Acreditación con estándares bajos	51
7.5. Reconocimiento de título y autorización para ejercer contempla políticas pasivas para los médicos extranjeros	52
7.6. Sistema de Contratación ineficiente	54
8. PROGRAMA EDF: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA DE RETENCION DEL PLAN.....	56
8.1. Desempeño en la APS: importancia de los rubros y criterios de evaluación para acceder a la especialidad	56
8.2. Médico EDF: el paso de un perfil de pregrado a un perfil de Médico EDF	59
8.3. Programa EDF: una alternativa para mejorar la política de retención del Plan	61
9. CONCLUSIONES.....	65
10. BIBLIOGRAFÍA	70
11. ANEXOS	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Marco para definir el personal sanitario.....	11
Tabla 2: Criterios considerados para la selección de muestra.	24
Tabla 3: Distribución Geográfica del total de médicos en Chile.....	28
Tabla 4: Presupuesto total del Programa y de los Servicios de Salud 2014-2018 (Miles de \$ 2018)	35
Tabla 5: Cantidad de nuevos médicos que se contratan en la APS a través del Programa período 2014-2017.....	37
Tabla 6: Distribución de médicos beneficiarios EDF según Servicio de Salud 2014 a 2017	38
Tabla 7: Puntaje mínimo matriculado y vacantes por Universidad para la carrera de Medicina durante el proceso de admisión 2021	43
Tabla 8: Rubros y criterios de evaluación Médicos EDF.....	57

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: La dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral	13
Ilustración 2: Marco para el seguimiento de la entrada en el personal sanitario.....	16
Ilustración 3: Razones que dificultan la distribución de médicos y médicos especialistas a nivel nacional	45
Ilustración 4: Dificultades del desconocimiento de la capacidad formadora	48
Ilustración 5: Problemáticas de los procesos formativos teóricos y prácticos de nuestro país	60
Ilustración 6: Categorías de los rubros de calificación.....	60
Ilustración 7: Perfil de Agente de Salud Pública.....	61
Ilustración 8: Relación que existe entre Experiencia de Destinación del Médico EDF y la posibilidad de mejorar la Política de Retención del Plan	64

1. INTRODUCCIÓN

En septiembre del año 2004 fue publicada la Ley 19.966 que establece el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en cuanto a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones de salud. La relevancia de este marco legal se centra en que las garantías explícitas son constitutivas de derechos para los beneficiarios, quienes pueden exigir a las instituciones de salud su cumplimiento, ya que por ley están obligadas a otorgar las prestaciones sanitarias y a asegurar la cobertura financiera para su realización. (Ministerio de Salud, 2004)

El Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas –AUGE-, ahora conocido como Plan de Garantías Explícitas de Salud –GES-, es un proceso de cambio sustantivo en el sistema público de salud, pues tiene como objetivo prioritario ampliar las coberturas sanitarias y en conjunto mejorar la equidad en el acceso. En este sentido, la reforma de salud genera un desafío medular al Ministerio de Salud y su entramado de instituciones, puesto que debe cubrir una amplia cartera de prestaciones de usuarios que estaban inscritos en el Sistema Público de Salud y, además, incorporar los nuevos segmentos que estaban excluidos aumentando con ello considerablemente la población demandante de salud pública.

En este contexto, se configura un nuevo problema público de salud orientado a dar respuesta a las necesidades de la población en el marco del, en ese entonces, naciente Sistema de Protección Social. Si bien, las alternativas de solución han sido diversas, desde el primer gobierno de Michelle Bachelet al actual de Sebastián Piñera el tema se ha centrado en *la falta de médicos y médicos especialistas en el Sistema Público de Salud*. La premisa es que la infraestructura de nuevos hospitales y equipamiento médico no puede sustentarse si no existe el recurso humano necesario para entregar una atención oportuna y de calidad. Es así, como ambos gobiernos en sus diversos períodos han puesto énfasis en la necesidad de atraer a estos profesionales mediante becas de formación de especialidad financiadas por el Estado.

La Política Pública desarrollada para cumplir con dicho objetivo es el *Plan de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos, Odontólogos y Especialistas*, la cual busca incrementar el número de estos profesionales que se desempeña en el Sector Público de Salud. Uno de los programas públicos con mayor antigüedad dentro de esta Política Pública ha sido el **“Médico General de Zona –MGZ”** que existe desde el año 1955 a la fecha. Dicho Programa hoy denominado Médicos en Etapa de Destinación y Formación –EDF- (Programa EDF) consiste en atraer médicos generales recién egresados al Sistema Público de Salud, destinándolos a lo largo del país a establecimientos de Atención Primaria de Salud –APS- por un mínimo de tres años, para luego poder especializarse en el área de su interés. Lo que surgió como una solución para la falta de médicos hace 67 años atrás, hoy sigue dando frutos siendo un programa valorizado por los profesionales y las autoridades.

La presente investigación tiene como propósito analizar la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, y en específico el Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación, en base al *“Manual de Seguimiento y Evaluación de los*

Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos”, elaborado por la Organización Mundial de Salud –OMS- y al *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral* que en él se propone, con el fin de observar los procesos de formación del personal médico especializado que surge de este Programa. Dicho enfoque se centra en supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo de vida laboral sanitario, tales como *Entrada* -preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contratación eficaces y éticas-; *Etapas Laborales* -mejora de la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado; y *Salida* -gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos-.

En el presente estudio delimitaremos el análisis de la política pública analizando la *Fase de Entrada* de éste, revisando las intervenciones estatales que se han llevado a cabo para producir y preparar un número suficiente de médicos y especialistas motivados que posean las competencias técnicas adecuadas, con el fin que sean asequibles, aceptables y disponibles para llegar a los diversos usuarios y poblaciones de forma eficiente y equitativa. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 9). Específicamente estudiaremos la “*Línea de producción de trabajadores sanitarios*”, es decir los procesos relacionados con la formación de trabajadores sanitarios y el desarrollo de las instituciones que la imparten, la cual está fijada por siete componentes –1) Candidatos aptos para la formación sanitaria; 2) Reclutamiento y selección de los estudiantes; 3) Acreditación de las instituciones de formación sanitaria; 4) Capacidad y producción de las instituciones de formación sanitaria; 5) Inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países; 6) Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud regulados; y 7) Contratación en el mercado laboral sanitario-, donde el producto de cada uno son recursos que se aportan al componente siguiente. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

La justificación para realizar este análisis se centra en que una de las principales razones de que un país tenga falta o mala distribución del personal sanitario es que a su mercado de trabajo no ingrese un número suficiente de personas con la formación teórica y práctica adecuada. De acuerdo al *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral*, el hecho que la distribución geográfica del personal sanitario tienda a favorecer a las zonas urbanas y ricas por sobre las rurales y pobres, puede atribuirse en parte a factores ligados a la formación teórica práctica previa al ejercicio profesional, como reclutamiento insuficiente de estudiantes; formación de tipos de profesionales cuyas capacidades no se corresponden con las necesidades de dichas comunidades; falta de contacto de los estudiantes en formación con poblaciones o servicios clínicos subatendidos; el hecho de que no se les inculque la conciencia de la obligación profesional para con dichas poblaciones; entre otros aspectos. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

La investigación se lleva a cabo bajo el modelo de *métodos cualitativos*, el cual tiene como propósito captar la realidad social a través de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto, es decir no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. (Monje Alvarez, 2011, pág. 13). El diseño cualitativo se basa en la *Teoría Fundamentada*, la cual tiene como característica primordial que la fundamentación de los conceptos es en base a los datos, permitiendo de igual forma la creatividad

del investigador, (Strauss y Corbin, 2002, pág. 23) por lo que el análisis documental relacionado a esta política pública y las entrevistas individuales a actores claves en el diseño e implementación del Programa EDF es crucial para responder los objetivos del presente estudio.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

2.1.Pregunta de investigación

¿Los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, y en específico el Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación, apuntan a preparar un personal médico especializado motivado y con las competencias técnicas adecuadas para desempeñarse en el Sector Público de Salud?

2.2. Objetivo general

Analizar los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas y, el aporte del Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación en la preparación de personal médico especializado motivado y con las competencias técnicas adecuadas para desempeñarse en el Sector Público de Salud.

2.3. Objetivos específicos

1. Describir la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico el Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, “Ex Médico General de Zona” y revisar sus resultados durante el período 2014-2018.
2. Revisar los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico del Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, en base a los componentes establecidos en *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral*, y analizar su contribución en la preparación de un personal médico especializado motivado y con las competencias técnicas adecuadas para desempeñarse en el Sector Público de Salud.
3. Proponer recomendaciones, en base a los resultados del análisis de los procesos de formación del médico EDF y sus respectivos componentes.

3. ANTECEDENTES

3.1. Nuevo problema público de salud: falta de médicos y médicos especialistas

Hace dieciséis años atrás se configuraron en el sistema político de nuestro país nuevas necesidades de salud pública por la creación del Plan de Garantías Explícitas de Salud –GES-. Esta situación particular conllevó a que se constituyera un nuevo problema de interés público relacionado con la ampliación de coberturas sanitarias y la mejora en la equidad del acceso a salud pública. Ante este contexto, los gobiernos de turno definieron esta situación problemática en base a sus creencias y valoraciones (Aguilar Villanueva, 1993), llegando ambos sectores de izquierda y derecha con ciertas variaciones a definir que uno de los problemas centrales es la falta de médicos y médicos especialistas en el sector público de salud.

a) Plan de Garantías Explícitas –GES-: la ampliación de las “listas de espera en atención”.

El origen de la reforma de salud se llevó a cabo en el Gobierno de Ricardo Lagos en el año 2000, cuando el entonces Presidente encomendó al Ministerio de Salud –ahora en adelante MINSAL- a definir los objetivos sanitarios para Chile, los cuales debían apuntar a lograr una mejor salud para todos los chilenos, igualdad de derechos y políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social (Valdivia, 2007). Luego de dos años de estudio comparado de políticas sanitarias en otros países, reuniones con expertos y representantes de usuarios, el MINSAL creó el término AUGE –Acceso Universal con Garantías Explícitas- para aludir al núcleo central de la reforma: *Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera* (Valdivieso y Montero, 2010)

El Régimen de Garantías en Salud forma parte de los cinco proyectos de ley que se elaboraron para llevar a cabo la Reforma de Salud. Este régimen incluye las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación, y paliativas, y los programas que FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios¹; y además, las Garantías Explícitas en Salud –GES- relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas o condiciones de salud (Valdivia, 2007).

De acuerdo al Art. 4 de la Ley 19.966 sobre Régimen de Garantías Explícitas se entiende por “Acceso la obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas (..); por Calidad al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado (..); por Oportunidad el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas; y por último, la Protección Financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones (..)” (19.966, 2004)

¹ Anexo A: Patologías Garantizadas GES.

El acceso a estas prestaciones depende de varios aspectos que hacen que el plan pueda funcionar, siendo relevantes la entrega de información al usuario para que conozca el GES, gestión y procedimiento administrativo institucional para activar las garantías, y contar con la infraestructura y el recurso humano sanitario para generar la atención de salud. Si bien, ha habido avances considerables en cada uno de estos puntos, existen fallas importantes que afectan el cumplimiento adecuado de las garantías. Uno de los problemas se relaciona con el incumplimiento en la notificación del médico al usuario de que su enfermedad es GES, lo cual se acentúa con la falta de información y desconocimiento que tiene el usuario respecto a las garantías. Asimismo, el aparato administrativo (Centros de Salud de la APS; Hospitales, Superintendencia de Salud; MINSAL; FONASA; etc.) tiene falencias significativas en términos procedimentales para que las garantías se activen de forma adecuada y oportuna. Y a su vez, las redes de prestadores muchas veces no cuentan con los recursos físicos, infraestructura y recurso humano necesario para generar la atención, teniendo el usuario que migrar a otro prestador privado, o bien, esperar por un tiempo indeterminado para ser atendido (Henriquez, 2017).

En este contexto se generan las denominadas “listas de Espera o Garantías de Oportunidad GES Retrasadas”, de las cuales se habla constantemente en los medios de comunicación, y por ende forma parte de la agenda pública, con titulares como “Irregularidades en lista de espera en Rancagua siguen sin explicación”², “6.320 personas murieron en lista de espera durante el primer semestre de 2017”³; “Contraloría cuestiona arbitrariedad en la gestión de las listas de espera”⁴. Las problemáticas en torno a las prestaciones que no logran ser cubiertas son un dolor de cabeza constatare del MINSAL y en tema a nivel país, donde los usuarios reclaman su derecho al acceso y una atención oportuna y de calidad que a la fecha no se ha cumplido del todo.

La relevancia del tema conllevó a que la Comisión Especial Mixta de Presupuesto y las Comisiones de Salud la Cámara de Diputados y del Senado exigieran al MINSAL a partir del año 2016 informes semestrales con el estado de las Garantías de Oportunidad que se encuentran retrasadas, con el fin de ir monitoreando los tiempos de espera por patologías Quirúrgicas como de Consulta Nueva de Especialidad, considerando la distribución territorial de la red de salud pública. El último informe trimestral previo al inicio de la Pandemia de COVID-19, mostraba una evolución a la baja de Garantías Retrasadas Acumuladas desde Enero 2016 a Diciembre 2019, llegando a un total de 7.944 retrasos en el último cuatrimestre del año 2019.

Sin embargo, el Informe de Garantías Retrasadas del año 2020 muestra un aumento considerable del total de retrasos, llegando a 52.526 retrasos al 31 de diciembre de 2020 (Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL, 2021, pág. 9), debido a que la estrategia del MINSAL se ha concentrado en disponer la mayoría de su personal de salud y médicos especialistas a abordar la crisis sanitaria virus SARS-CoV-2 que enfrenta nuestro país y el mundo.

² Diario Universidad de Chile. Irregularidades en lista de espera en Rancagua siguen sin explicación”. Martes 23 de enero de 2018.

³ El Mercurio. “6.320 personas murieron en lista de espera durante el primer semestre de 2017”. Sábado 17 de marzo de 2018. Pág. 12.

⁴ La Tercera. “Contraloría cuestiona arbitrariedad en la gestión de las listas de espera”. Miércoles 18 de abril de 2018.

Concentrando el análisis previo a la llegada del COVID-19, las estrategias que había definido el MINSAL para disminuir los retrasos en las listas de espera se habían concentrado en realizar “proyectos de infraestructura y equipamientos, formación y destinación de especialistas, acompañamiento y capacitación a los equipos de gestión de los servicios de salud, coordinación entre establecimientos disponibilizando oferta, resolución a través de telemedicina, entre otras” (Salud, 2018). Una vez que culmine la emergencia sanitaria, el desafío será mayúsculo, donde las autoridades de turno tendrán un gran reto en estabilizar las cifras de GES retrasados y listas de espera que se encuentren retrasadas a la fecha.

b) Configuración de un nuevo problema de salud pública: *falta de médicos especialistas*.

La Reforma de Salud que creó entre otras cosas el Plan de Garantías Explícitas de Salud significó que los gobiernos de turno diseñaran la forma de dar cumplimiento a los objetivos sanitarios que apuntaban a dar una mejor salud para todos los chilenos, en términos de igualdad de derechos y políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social.

Al gobierno que le tocó dar inicio a la implementación de medidas para cumplir con los nuevos desafíos en salud fue el de Michelle Bachelet (2006-2010), gobierno de centro izquierda que entendía la salud como el segundo riesgo social más importante luego de la cesantía. En este sentido, la entonces Presidenta definió como tarea prioritaria trabajar para que las garantías explícitas que consagra el Plan AUGE sean efectivamente cumplidas, mediante el fortalecimiento del sistema público de salud con hospitales y consultorios con mejor infraestructura y equipamiento, con programas de capacitación para el personal, y líneas de negociación para que el sector público pueda establecer contratos de servicios con clínicas, laboratorios, y sociedades profesionales para obtener prestaciones complementarias que el sistema público no pueda cubrir. En conjunto a estas medidas centró su atención en reforzar la Atención Primaria de Salud -APS-, iniciando el cambio de modelo en la atención centrada en la enfermedad para dar paso a uno que se enfoque hacia el cuidado integral de las familias bajo el cuidado de los nuevos Centros Comunitarios de Salud Familiar -CESFAM- (ex consultorios). La promoción de la salud mediante este nuevo modelo centrado en las familias significaba la necesidad de instalar equipos de salud completos y estables en cada CESFAM, incluir tecnologías clínicas, y a su vez, favorecer una buena gestión municipal, para que la APS sea la puerta de entrada al sistema aumentando su capacidad para resolver los problemas de salud (Bachelet Jeria, 2005).

En el año 2010 nuestro país experimentó la llegada de un gobierno de centro derecha, después de un largo período fuera del gobierno. A diferencia de lo que se podría pensar, no hubo mayor cambio en cuanto a la gestión y la definición de prioridades sanitarias, por el contrario, al menos en el sector de salud, se siguió una línea similar a la anterior administración en torno a mejorar la salud para todos los chilenos, con acciones orientadas a la mejora en infraestructura de los centros de salud de alta y baja complejidad, aumento de la dotación de médicos especialistas, disminución de las listas de espera en todas las enfermedades AUGE, y fortalecimiento de la APS para aumentar su capacidad resolutoria, todo ello con una inversión de US\$ 620 millones (Piñera Echeñique, 2009).

Después de cuatro años de gobierno de centro derecha regresa a la administración presidencial Michelle Bachelet con un programa con reformas de centro izquierda orientadas a mejorar los principales derechos ciudadanos, tales como educación y salud, con el fin de disminuir las desigualdades en la sociedad chilena. Al igual que su antigua administración y la de Piñera, Bachelet en su segundo mandato compartía el mismo diagnóstico de los problemas que afectan la atención de salud de la población. El mejoramiento de la infraestructura de los establecimientos de salud, el fortalecimiento de la APS y el déficit de especialidades médicas vuelven a ser prioridad. Sin embargo, la diferencia se centró en el nivel de inversión que se destina para mejorar cada uno de esos puntos. De esta manera, se lanzó en su gobierno el Plan Nacional de Inversión Pública en Salud 2014-2018, donde se destinan \$4.000 mil millones de dólares en inversión pública para ampliar y fortalecer la Red Asistencial en todos sus niveles (Bachelet Jeria, 2013).

Un importante volumen de inversión se destina a la Atención Primaria aumentando el gasto per cápita comunal, destinando recursos principalmente para enfrentar la *falta de médicos* en este nivel de atención. La meta del gobierno en este ámbito consiste en incorporar 1.000 nuevos médicos en la APS en 4 años, mediante incentivos económicos y mejora en los sueldos del sector público. A su vez, parte de dicha inversión se destina al Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación –EDF- para estimular el ingreso de médicos recién egresados a los centros de salud de la APS. Por otro lado, se crea el Plan Nacional para la Formación y Retención de especialidades médicas para apoyar la formación de 4.000 nuevos especialistas y que incentive el ingreso de más de 5.000 a los programas de formación (Bachelet Jeria, 2013). De esta forma el Programa de Gobierno para el segundo período de Bachelet representa la más alta inversión que se ha realizado a la fecha en salud, generando con ello un desafío sustancial para las instituciones encargadas de implementar los programas y cumplir con dichas metas.

Pese a la alta inversión realizada en la segunda Administración de Bachelet aún la población no está satisfecha con la atención, por la demora que persiste sobre todo en las patologías GES. En este contexto, el actual Presidente Piñera propone llevar a cabo una “Cirugía mayor a la Salud”, pues sumado al incumplimiento en los plazos de atención existe un incremento de la población adulto mayor que es la que más recursos demanda en salud. Dentro de los objetivos fundamentales de dicha Cirugía a la Salud se encuentra reducir las listas de espera, donde los programas de formación de especialistas juegan un rol esencial.

Mediante la revisión de los Programas de Gobiernos de Michelle Bachelet y últimamente el de Sebastián Piñera, este último previa crisis sanitaria COVID-19, es posible evidenciar que la preocupación fundamental de ambas administraciones ha sido reducir las listas de espera de atención, por sobre todo aquellas que son GES. Cada gobierno con sus diferencias ideológicas, han planteado soluciones similares para cumplir con los plazos de atención que indica la normativa. *En resumen, el Plan que ha diseñado el Estado se centra principalmente en la entrega de subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicios en zonas rurales o subatendidas del país.* Empero, la alta inversión que han realizado los gobiernos en la entrega de becas de formación de especialidad y las exigencias de devolución de trabajo en el Sector Público no han sido suficientes para reducir las listas de espera, situación que cobra mayor relevancia hoy donde las cifras de GES Retrasadas han aumentado considerablemente producto de la Pandemia.

4. MARCO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud –OMS- es una de las instituciones internacionales líder en la entrega de lineamientos, orientaciones, producción y aplicación de conocimiento relativo a la salud. Su principal objetivo es trabajar en pro de la salud formulando opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico, para prestar apoyo técnico a los países y gestores de políticas públicas en materia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Una de las aristas donde la OMS ha entregado importantes orientaciones a nivel mundial es en Recursos Humanos para la Salud, ahora en adelante RHS. Desde el año 2006 la OMS estableció líneas de actuación sobre esta materia publicando el “Informe sobre salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud”, el cual tuvo alto impacto para las regiones, pues propuso dedicar diez años a llevar adelante medidas relativas a los RHS mediante la adopción de diferentes resoluciones e iniciativas políticas⁵. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 3). A partir de dicho año se siguieron realizando juntas con miembros de la OMS a nivel mundial, lo que ha permitido la generación de conocimiento constante en materia de RHS. Actualmente, los países miembros como otros asociados se rigen por la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030”, pues entrega los lineamientos y bases sobre la cual los países deben actuar para conseguir mejores resultados en planificación de personal sanitario.

El objetivo general de la Estrategia mundial de RHS es “*garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud mediante inversiones suficientes y la aplicación de políticas eficaces a nivel nacional, regional y mundial, con el fin de ofrecer una vida saludable a las personas de todas las edades y promover el desarrollo socioeconómico equitativo brindando oportunidades de empleo digno*”. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 5). Los principios que dan base a esta estrategia se centran en ayudar a los gobiernos a establecer modelos óptimos para el personal de salud; garantizar un trabajo digno para todos los trabajadores; facilitar la integración de servicios sociales y sanitarios; promover la colaboración internacional a nivel de contrato de trabajadores; fomentar el compromiso político entre sectores públicos y privados para mejorar la eficacia de las medidas sanitarias; y garantizar que el apoyo de la OMS sea uniforme y se integre en todos los niveles organizativos. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 5)⁶

Producto de la globalización, el envejecimiento de la población, cambios de comportamiento y expectativas de los usuarios con los profesionales sanitarios, guerras civiles, crisis económicas y problemas sociales, la demanda de Fuerza de Trabajo en Salud –FTS- cambió drásticamente, generando una crisis en dicha materia caracterizada por el déficit y desigual distribución del personal sanitario. (Zoio Portela, 2017, pág. 2238). Es por esto, entre otros factores particulares y

⁵ Iniciativas políticas y resoluciones que se llevaron a cabo: WHA63.16, de 2010 (Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud); WHA64.6, de 2011 (Fortalecimiento del personal sanitario); WHA64.7, de 2011 (Fortalecimiento de la enfermería y la partería); WHA66.23, de 2013 (Transformar la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal), y WHA67.24, de 2014 (Seguimiento de la Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal).

⁶ Anexo B: “Esquema de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030”. El esquema muestra los objetivos, principios, metas y actividades de la estrategia mundial.

locales, que los países de todos los niveles socioeconómicos enfrentan dificultades para educar, movilizar y fidelizar el personal de salud, cuestión que es gravitante ya que los Sistemas de Salud no pueden funcionar sin el personal de salud adecuado. Las prioridades sanitarias, como poner fin a la pandemia COVID-19, epidemia de sida, a la tuberculosis y al paludismo; lograr reducciones drásticas de la mortalidad materna; impedir las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años, y garantizar la cobertura sanitaria universal, no se podrán concretar si no se realizan estrategias que mejoren la capacidad del personal de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 8).

4.1. Recursos Humanos para la Salud: *conceptos y clasificaciones*

La Organización Mundial de la Salud –OMS- y específicamente el Departamento de Recursos Humanos para la Salud –HRH-, elaboran en el año 2009 un “*Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*”. El propósito de elaborar dicho manual fue ofrecer a los gestores sanitarios, investigadores, y responsables de políticas del sector de salud una referencia integral, normalizada y fácil de usar para el seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con el fin que cada país pueda averiguar dónde radican las deficiencias de su personal sanitario. Muchos países carecen hoy de capacidad técnica para hacer un seguimiento preciso a su propio personal sanitario, gestionando políticas públicas con datos que no son fiables, con falta de definiciones comunes e instrumentos analíticos ineficaces. En este sentido, el presente manual ayudaría a subsanar la falta de esa capacidad técnica, con el objeto que los responsables de políticas del sector de salud comiencen a planificar su fuerza laboral sanitaria, de manera de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud –ODM-⁷. (Organización Mundial de la Salud, 2009). Asimismo, con el mismo objetivo la OMS elabora en el año 2011 un conjunto integral de estrategias en base a las experiencias y sugerencias de un grupo amplio de expertos de todas las regiones del mundo, con el fin de ayudar a los países a estimular al personal sanitario para que resida y trabaje en zonas rurales y más vulnerables de cada localidad. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

De acuerdo a la OMS, el personal sanitario es “*toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud*”. Asimismo, comprende por Sistema de Salud “*todas las organizaciones, personas y acciones cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud*” (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 15). La definición operacional del “personal sanitario” se puede distinguir en el siguiente cuadro:

⁷ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM- son ocho objetivos que los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a tratar de alcanzar para el año 2015. Esta Declaración fue firmada en el año 2000, compromete a los líderes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación ambiental y la discriminación de la mujer. Los ODM relacionados con la salud son los siguientes: Erradicar la pobreza extrema y el hambre; Reducir la mortalidad de los menores de 5 años; Mejorar la salud materna; Combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades; Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves; Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y Fomentar una alianza mundial para el desarrollo. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

Tabla 1: Marco para definir el personal sanitario

Formación, ocupación y lugar de trabajo del individuo	Trabaja en el sector sanitario	Trabaja en un sector distinto del sanitario o está desempleado/inactivo
Con formación sanitaria y ocupación sanitaria	A. Por ejemplo, médicos, enfermeros o parteras que trabajan en establecimientos sanitarios	C. Por ejemplo, enfermeros que trabajan para empresas privadas o farmacéuticos que trabajan en puntos de venta minorista
Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria	A. Por ejemplo, gestores de establecimientos sanitarios con formación médica	C. Por ejemplo, profesores universitarios con formación médica o enfermeros desempleados
Con formación en un campo no sanitario o sin formación académica	B. Por ejemplo, economistas, administrativos o jardineros que trabajan en establecimientos sanitarios	D. Por ejemplo, maestros de primaria, mecánicos de automóvil o contables de banca

Fuente: Organización Mundial de la Salud. “Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la salud. Año 2009. Pág. 16.

Del cuadro anterior, las categorías A, B y C equivalen al personal sanitario total disponible potencialmente. El beneficio de dicho marco es que integra los elementos de formación, ocupación actual, y el sector de actividad. Se entiende por cada uno de dichos conceptos lo siguiente:

- Formación: *“proceso educativo (formal e informal) que los individuos emprenden con el propósito de dotarse de las capacidades necesarias para llevar a cabo las tareas propias de un desempeño competente en un puesto de trabajo”;*
- Ocupación: *“las tareas y funciones que las personas llevan a cabo en un trabajo”;*
- El sector de actividad: *“hace referencia a las actividades de los establecimientos o empresas en los que trabajan las personas. Es fundamental tener en cuenta estos tres elementos para llegar a comprender la dinámica de la fuerza laboral”.*

La organización Internacional del Trabajo –OIT- elaboró un sistema de clasificación para el análisis del personal sanitario, el cual permite organizar las ocupaciones según un sistema jerárquico especificado en función del grado de precisión que se necesite y compuestos por grandes grupos y subgrupos. Los criterios básicos de agrupación son el “nivel de competencias” y la “especialización de las competencias” necesarios para llevar a cabo las tareas y funciones de las ocupaciones. *“El nivel de competencias se refiere a la complejidad y la variedad de tareas que el puesto de trabajo exige. La especialización de las competencias guarda relación con el campo de conocimiento necesario, los instrumentos y máquinas que se emplean, los materiales con los que se trabaja, y los bienes o servicios producidos”.* (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 17)

4.2. Personal sanitario desde la perspectiva del Enfoque de Ciclo de Vida Laboral

- a) Enfoque de Ciclo de Vida Laboral del personal sanitario: *foco en la Etapa de Entrada*

El fortalecimiento y desarrollo del personal sanitario depende de un seguimiento constante y un proceso de toma de decisiones adecuadas. En este sentido, las evaluaciones de los Recursos Humanos para la Salud –RHS- permiten planificar, aplicar, supervisar y evaluar estrategias, programas e intervenciones en el sector sanitario. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 29). Para llevar a cabo de forma eficaz el seguimiento de los programas y políticas de los RHS en los países, es necesario acordar un conjunto de indicadores que oriente la toma de decisiones de las autoridades. Lo ideal es que los indicadores seleccionados reúnan las propiedades siguientes, conocidas como SMART: deben ser específicos (*specific*; miden el resultado con exactitud); mensurables (*measurable*; permiten rastrear el resultado); alcanzables (*attainable*; permiten comparar el resultado con una meta realista); pertinentes (*relevant*; son de interés para el resultado que se busca) y sujetos a plazos (*timebound*; están referidos a periodos de tiempo concretos). Una vez generados dichos indicadores, puede establecerse un marco de evaluación con metas periódicas para basar el análisis en las variaciones y avances en el tiempo. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 30).⁸

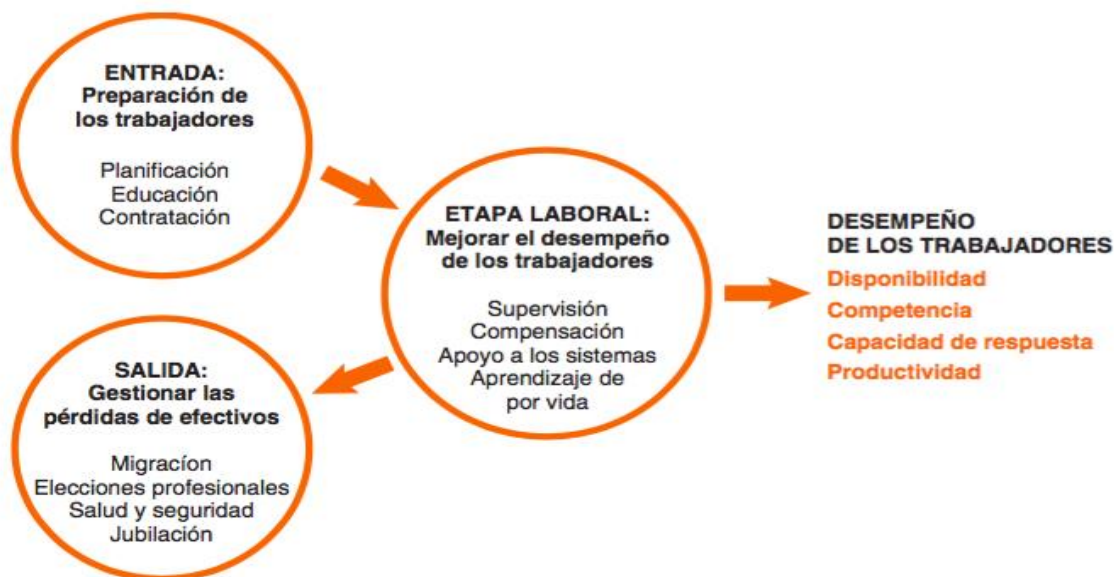
La fuerza laboral es uno de los factores más relevantes dentro del Sistema de Salud, pues de sus capacidades y dedicación depende el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, y otros servicios de salud, como curativos, promocionales, preventivos y de rehabilitación. En este contexto, una de las metas principales de los países de ingresos bajos y medianos es aumentar considerablemente el número de trabajadores sanitarios. Sin embargo, *“la mera determinación del número de trabajadores sanitarios respecto a un determinado umbral no siempre tiene en cuenta todos los objetivos de un sistema de salud, en particular en lo que hace a la accesibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia”* (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 3).

El presente manual aborda el seguimiento del personal sanitario desde un planteamiento basado en el “Ciclo de vida laboral”. Este enfoque fue presentado en el Informe sobre salud en el mundo en el año 2006, y se centra:

“En la necesidad de supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo: la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vidas en el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan. El esquema de producción, atracción, mantenimiento y retención de la fuerza de trabajo que propone presenta el seguimiento de la dinámica del mercado laboral sanitario y las estrategias de cada etapa desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica”. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 9)

⁸ En Anexo C se detalla “Algunos de los principales indicadores para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud. Fuente: Organización Mundial de la Salud. “Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la salud. Año 2009. Pág. 32.

Ilustración 1: La dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral



Fuente: Organización Mundial de la Salud. “Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la salud. Año 2009. Pág. 9.

Desde la perspectiva de las políticas y gestión, el marco se centra en revisar el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por el Estado en los siguientes aspectos:

- Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contratación eficaces y éticas; [11]
- Etapa laboral: mejora de la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado; [11]
- Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Con el fin de limitarnos al objetivo de estudio de la presente investigación, nos enfocaremos en las definiciones y orientaciones que aporta el Manual respecto a la Fase de Entrada en la fuerza laboral sanitaria. En este sentido, el objetivo primordial de las intervenciones estatales de dicha fase son las siguientes:

- Producir y preparar un número suficiente de trabajadores motivados que posean las competencias técnicas adecuadas.

- Realizar una adecuada distribución geográfica y sociocultural de los trabajadores, con el fin que sean asequibles, aceptables y disponibles para llegar a los diversos usuarios y poblaciones de forma eficiente y equitativa.

Para lograrlo, se propone lo siguiente:

- Planificar, gestionar y presupuestar activamente todo el proceso de producción de personal sanitario, prestando especial atención a la creación de sólidas instituciones de formación de profesionales sanitarios.
- Mejorar los mecanismos de control de calidad para los trabajadores calificados, y el fortalecimiento de las capacidades en materia de contratación laboral.

b) Componentes de la formación de trabajadores sanitarios

Una de las principales razones de que un país tenga falta o mala distribución del personal sanitario es que a su mercado de trabajo no ingrese un número suficiente de personas con la formación teórica y práctica adecuada. Para poder planificar, gestionar y supervisar la calidad del personal sanitario de un país es fundamental *medir la entrada y hacer un seguimiento de la ulterior vida laboral*.

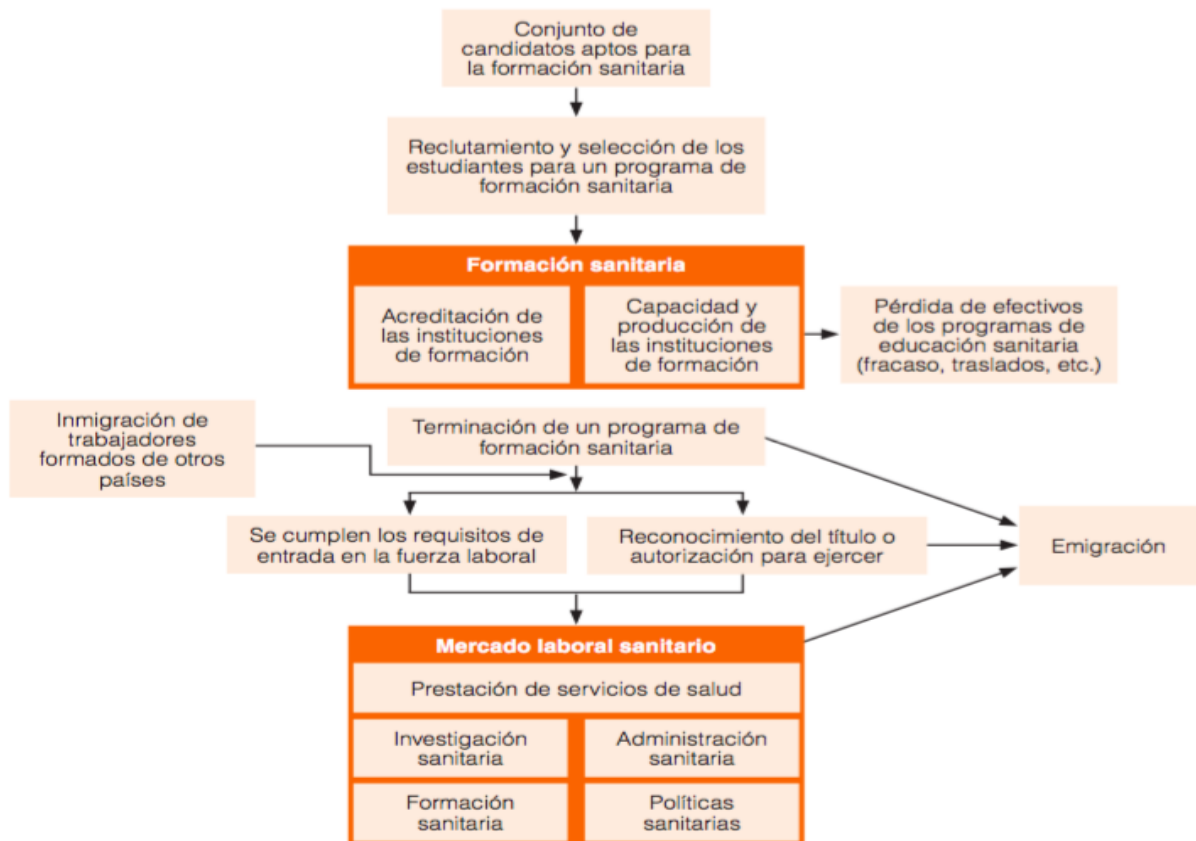
Se entiende por Entrada “*la incorporación al conjunto de trabajadores disponibles para el empleo en el sector sanitario de un país. Entrar no supone necesariamente tener un empleo, sino solo que se desea tenerlo y se reúnen las condiciones para ello. Se contabilizan todos los proveedores de servicios de salud a los que se les exige una formación profesional teórica y práctica en un campo relacionado con la salud para ser contratados en un puesto de trabajo, como los estamentos clínicos, los trabajadores de salud pública o de laboratorio y los agentes de salud comunitarios. Quedan excluidas del recuento las personas que se declaran curanderos tradicionales, vendedores de medicamentos, etc. y que carecen de formación académica y trabajan en el sector sanitario informal o lo hacen al margen de la ley; las personas que trabajan en un sector no sanitario, y los proveedores calificados de servicios de salud que no habían trabajado con anterioridad, pero ahora están reincorporándose al mercado laboral sanitario*”. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 43)

La entrada no solo se refiere a la cifra total de éstos, sino que también, a otros aspectos que tienen repercusiones mayores. El hecho que la distribución geográfica del personal sanitario tienda a favorecer a las zonas urbanas y ricas por sobre las rurales y pobres, puede atribuirse en parte a factores ligados a la formación teórica práctica previa al ejercicio profesional:

- Comprenden el reclutamiento insuficiente de estudiantes con características que los inclinarían a trabajar para comunidades subatendidas.
- La formación de tipos de profesionales cuyas capacidades no se corresponden con las necesidades de dichas comunidades.
- La falta de contacto de los estudiantes en formación con poblaciones o servicios clínicos subatendidos.
- El hecho de que no se les inculque la conciencia de la obligación profesional para con dichas poblaciones y no se contrarresten sus percepciones de que el trabajo con ellas se asocia a menos prestigio y peores perspectivas de ingresos.
- La ubicación de las instituciones de formación también parece estar relacionada con la elección del lugar de ejercicio por parte de los graduados.
- Las decisiones relativas al ingreso pueden afectar al coste total de los salarios sanitarios: por ejemplo, formar a más profesionales sanitarios de atención primaria y agentes de salud comunitarios que médicos especialistas puede suponer un menor coste salarial por unidad de servicio de salud prestado. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

La producción de trabajadores sanitarios y su disponibilidad se puede entender como una línea de producción que sigue los procesos relacionados con la formación de trabajadores sanitarios y el desarrollo de las instituciones que la imparten, donde los productos de cada componente son recursos que se aportan al componente siguiente. Se entiende por formación de los trabajadores sanitarios “*la formación sanitaria teórica y práctica previa al empleo, distinta de la capacitación en el empleo, cuyo objetivo es mejorar las competencias de quienes ya trabajan en el sector sanitario*”. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

Ilustración 2: Marco para el seguimiento de la entrada en el personal sanitario



Fuente: Organización Mundial de la Salud. “Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la salud. Año 2009. Pág. 45.

Los siete componentes del proceso de formación de personal sanitario son los siguientes:

1. El conjunto de candidatos aptos para la formación sanitaria teórico práctica.

El conjunto de personas aptas para la formación sanitaria depende de los criterios de admisión de cada programa de formación y de la solidez del sistema de enseñanza primaria y secundaria. Existen países que han reconocido que para algunos programas contaban con criterios de admisión innecesariamente exigentes, razón por la cual los adaptaron a las responsabilidades de cada profesional, todo ello con el fin de disminuir la brecha de falta de profesionales. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

“El conjunto de personas aptas es una de las cuestiones de políticas más infravaloradas en el ámbito de los RHS y, en consecuencia, son pocos los ministerios de salud que cuentan con datos exactos o políticas eficaces en relación con esta población”. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 45). En este contexto, la OMS recomienda en su *“Informe de acceso al personal sanitario en zonas rurales o remotas mejorando la retención”* (OMS, 2011), que se elaboren políticas orientadas a captar estudiantes provenientes de zonas rurales o subatendidas para los programas de formación en diferentes disciplinas sanitarias, de modo de aumentar la probabilidad de que los que se gradúen ejerzan en esas zonas. Algunos estudios han demostrado que quien procede de una zona rural o subatendida tiene más probabilidades de retornar a ella una vez graduado.

Es relevante revisar los requisitos de admisión de las Escuelas de Medicina del país, pues habitualmente éstos son muy exigentes respecto de la formación básica, por lo que los estudiantes de zonas rurales o desatendidas tienen más dificultades para cumplir con dichos estándares dado que su formación básica y secundaria es de menor nivel. Es por ello, que la OMS recomienda *establecer cupos para estudiantes provenientes de dichas zonas, pero con programas de equiparación*, con el fin de permitir la entrada de estos profesionales sin bajar el nivel de la formación universitaria. A su vez, es necesario que se contemple ayuda económica para estos estudiantes mientras estudian, ya que los ingresos de las familias que viven en zonas desatendidas con frecuencia son considerablemente más bajos que los de las familias urbanas.

2. Reclutamiento y la selección de los estudiantes.

El reclutamiento de los estudiantes es pasivo en países donde los ingresos son bajos y medianos y cuyos centros de formación son públicos. El principal problema es la falta de difusión entre el colectivo de personas aptas, de parte de las instituciones educativas.

Para que el reclutamiento y proceso de selección de los estudiantes sea activo es menester *contar con un “perfil” del futuro agente de salud*, que pueda tener relación con el lugar de procedencia, algunos rasgos de comportamiento particulares como altruismo, u otros factores intrínsecos de motivación. El conocimiento y aplicación de estos rasgos podría orientar las políticas de selección y contratación, y contribuir también, a la orientación vocacional de los estudiantes. (Organización Mundial de la Salud, 2011, pág. 19 y 20)

Pasar a reclutamiento activo permite:

- Corregir los diversos desequilibrios económicos, étnicos, regionales, entre zonas urbanas y rurales, y entre sexos.
- Ayudar a los potenciales estudiantes en la elección del centro de formación y en la cumplimentación de los formularios de solicitud, tareas que pueden resultar particularmente arduas para las personas que proceden de grupos socioeconómicos desfavorecidos o

comunidades subatendidas y que quizá son los primeros miembros de sus familias en solicitar el ingreso en la enseñanza superior.

- Mejorar la retención de los trabajadores en la medida que el reclutamiento se base en las motivaciones para ejercer una profesión sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 46)

3. Acreditación de las instituciones de formación sanitaria

Todas las instituciones públicas y privadas de formación en profesiones sanitarias han de estar acreditadas, para así garantizar que los trabajadores sanitarios y sus capacidades se corresponden con las necesidades del país en materia de atención de salud, y velar por la calidad de la enseñanza impartida. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 46)

4. Capacidad y la producción de las instituciones de formación sanitaria

En la formación previa al empleo, la capacidad comprende las infraestructuras físicas, los recursos humanos, los recursos financieros, los medios organizativos y operacionales, y otros recursos físicos no infraestructurales. ***Los diversos componentes de capacidad inciden en producción global, es decir en el número, tipo y la cantidad de los profesionales que se gradúan en el centro.*** Conociendo estos componentes se puede reducir o aumentar la capacidad institucional de producir nuevos tipos de trabajadores sanitarios. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 46)

Con el fin de conseguir trabajadores sanitarios competentes y motivados a desempeñarse en zonas desatendidas la OMS considera pertinente ***ubicar las escuelas de medicina, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y otras ciudades importantes,*** puesto que según extensos estudios realizados en países de ingresos altos y bajos indican que es más probable que los graduados de estas escuelas y programas ejerzan en zonas rurales o desatendidas. En la misma línea, es importante que los centros formadores acerquen a los estudiantes a las comunidades rurales con el propósito de poner en contacto a los estudiantes de diferentes disciplinas sanitarias con las comunidades subatendidas y promover las prácticas clínicas rotatorias, ya que la experiencia puede influir positivamente en términos de captación y contratación de médicos que se desempeñen en dichas zonas. Esto tiene relevancia, ya que la formación de Medicina habitualmente se realiza en centros de atención terciaria que cuentan con la tecnología de última generación, por lo que los jóvenes se acostumbran a dichas condiciones dificultando su desempeño en zonas donde no existen dichos instrumentos avanzados. En la medida ***que los médicos tengan prácticas clínicas en zonas desatendidas*** durante su formación estarán más capacitados para abordar problemas sanitarios propios de esas zonas. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 21 y 22). El aspecto positivo de hacer prácticas clínicas en zonas desatendidas durante la formación no solo incide en el aumento de conocimiento del trabajo a realizar, sino que también, en los vínculos que puede estrechar el estudiante durante dicho período. Las relaciones con la población de la localidad y los profesionales que ejercen allá, puede ayudar en el incentivo del médico a regresar a dicha zona, donde la existencia de tutores o instructores

locales es un factor esencial para esta intervención. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 21 y 22)

Por otro lado, es medular que se realice un ***proceso de adaptación de los planes de estudio a las necesidades de las zonas subatendidas***. Esta medida implica examinar los programas de formación grado y posgrado para incorporar temas relacionados con la salud en el medio rural de modo de aumentar las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en dichas zonas y, por consiguiente, mejorar la satisfacción y la permanencia en el empleo. De acuerdo a datos disponibles, se indica que la formación centrada en la atención primaria o que se imparte desde una perspectiva generalista produce profesionales con voluntad de trabajar en zonas rurales y aptitudes para hacerlo. Hay datos emergentes de la ***importancia de promover un marco de Responsabilidad Social*** -que los programas educativos estén orientados a las necesidades sanitarias y sociales de dichas comunidades y que integre la investigación clínica con la investigación en salud de la población y ciencias sociales; que los cursos se dicten en las comunidades en las que se presta servicio y no principalmente en establecimientos universitarios u hospitales; se capta y capacita a los agentes de salud comunitarios para que actúen como profesores y tutores: la facultad pone el acento en el compromiso con el servicio público y sirven de modelo, entre otras medidas- en la educación médica en zonas subatendidas, para responder mejor a las necesidades de esas comunidades. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 20 y 21)

Siguiendo la misma línea, la OMS recomienda ***estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional*** que se adecuen a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan, todo ello con el fin de estimular su permanencia. La Educación Continua y la ***capacitación en técnicas avanzadas*** (Obstetricia; Medicina de Urgencia; Cirugía, etc.) puede aumentar la confianza de los residentes en Medicina de Familia y equiparlos con aptitudes necesarias para la práctica en zonas desatendidas, ya que a menudo estos profesionales no tienen el apoyo de especialistas. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 22 y 23), permitiéndoles de esta forma adquirir nuevos conocimientos, y a su vez, ofrece la oportunidad de interactuar con otros médicos y establecer redes profesionales. Por otro lado, se procura que este tipo de intervención considere ***educación a distancia o el ciberaprendizaje***, ya que permite que las universidades ubicadas en zonas urbanas amplíen el radio en el que habitualmente captan estudiantes, y a que más estudiantes en zonas desatendidas accedan a la formación sin tener que cambiarse de residencia. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 23 y 24). De hecho, algunos estudios sugieren que

5. Inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países

Los inmigrantes para ejercer su profesión legalmente en el extranjero deben recibir visados de trabajo y, en el caso de determinados proveedores calificados de servicios de salud, contar con una autorización de ejercicio o un reconocimiento del título expedidos por el organismo de reglamentación pertinente. Existen políticas migratorias activas (cuando el Estado publica ofertas en el extranjero, envía a personas encargadas de contratar personal o negocia acuerdos bilaterales con otros países), o pasivas (cuando se limita a considerar a los trabajadores sanitarios iguales a

todas las demás personas que solicitan visados por decisión propia). En materia de políticas, las opciones que un país esté estudiando deberían reconocer el derecho de cada trabajador a migrar, y condenar las prácticas de contratación poco éticas que explotan a los trabajadores sanitarios o los inducen a aceptar responsabilidades y condiciones laborales incompatibles con sus calificaciones, capacidades y experiencia. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 47)

6. Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud regulados (formados en el país o en el extranjero)

Se emplea el reconocimiento del título y la autorización para ejercer como medios de control de la calidad de los trabajadores de la salud que ejercen en ellos y del tamaño del mercado laboral sanitario. Los países realizan este control con el fin de depurar los trabajadores no calificados, donde para determinados grupos profesionales, el control de la calidad de cada trabajador se basa en el hecho de haberse graduado en una institución docente acreditada, mientras que para otros el requisito es aprobar un examen nacional de competencia profesional.

Evaluar la evolución del número de reconocimientos de títulos y autorizaciones de ejercicio expedidos y de las tasas de aprobados puede ayudar a identificar una serie de problemas en el proceso de entrada (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 48)

7. Contratación en el mercado laboral sanitario

Las estrategias de distribución de trabajadores varían en función de los mercados sanitarios, educativo y laboral. En este contexto, es fundamental hacer un seguimiento de la contratación de los trabajadores sanitarios recién formados en el mercado laboral del sector sanitario nacional a fin de reducir las ineficiencias del sistema de contratación, identificar los posibles desfases entre oferta y demanda de trabajadores sanitarios, y supervisar los logros de la planificación del personal de salud.

Es importante que los trabajadores tengan la posibilidad de solicitar puestos específicos con criterios de selección claros, por lo que es necesario que los gobiernos mejoren la eficiencia del mercado laboral sanitario creando portales de empleo gratuitos y de fácil acceso que permitan anunciarse a todos los que demandan u ofertan trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 49)

4.3.Recomendaciones normativas para aumentar el personal sanitario en zonas desatendidas: *formación con destinos obligatorios*

Este tipo de recomendaciones hace alusión a medidas gubernamentales de control de orden legislativo, administrativo, legal o de política que apunten a mejorar el aumento de personal sanitario en zonas desatendidas. Las intervenciones propuestas por la OMS son cuatro: 1) Ampliación del ámbito de ejercicio profesional –establecer y regular ámbitos de ejercicio profesional más amplios en las zonas desatendidas, para aumentar las posibilidades de satisfacción en el empleo y, con ello, favorecer la contratación y retención-; 2) Categorías diferentes de personal sanitario – introducir categorías diferentes de personal sanitario capacitado, no solo médicos, y una reglamentación adecuada para la práctica en el medio rural, de modo de aumentar el número de agentes de salud que ejercen en zonas desatendidas- ; 3) Servicio Obligatorio – garantizar que el servicio obligatorio en zonas remotas o rurales se asocie con apoyo e incentivos apropiados, para favorecer la contratación y la permanencia del personal sanitario en esas zonas- ; y 4) Educación subsidiada a cambio de servicio en zonas rurales -ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas regiones-. (Organización Mundial de la Salud , 2011, págs. 24 - 27)

Dados los objetivos de la presente investigación, detallaremos las dos últimas recomendaciones respecto al Servicio Obligatorio y Educación subsidiada a cambio de servicio en zonas rurales, ya que las otras dos escapan a la delimitación de estudio propuesta.

a) Servicio Obligatorio

Esta intervención propuesta por la OMS tiene como objeto garantizar que el servicio obligatorio en zonas desatendidas se asocie con apoyo e incentivos apropiados, para favorecer la contratación y la permanencia del personal sanitario en esas zonas. Se entiende por Servicio Obligatorio la asignación de personal sanitario a zonas desatendidas o rurales durante un período determinado de tiempo, con el propósito de garantizar disponibilidad de servicios en dichas zonas. Este tipo de servicio la suele establecer el gobierno, siendo requisito prestar servicio antes de obtener la habilitación para ejercer, o puede serlo para realizar alguna especialización. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 26 y 27)

A pesar de la amplia aceptación del servicio obligatorio, se han realizado pocas evaluaciones de la permanencia del personal sanitario durante el servicio obligatorio o después de este período. Si bien, se suele escuchar críticas de parte de los profesionales por este sistema, de todos modos, existían opiniones positivas respecto del aumento de sus competencias a partir de dicha experiencia que calificaban como enriquecedora. Para que este tipo de intervención sea efectiva es necesario contar con sistemas de apoyo y de gestión, y además preparar adecuadamente a los participantes antes que comiencen su práctica obligatoria. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 26 y 27)

b) Formación con destinos obligatorios

La intervención por medio de subsidios para la formación refiere a ofrecer becas, ayudas y otras medidas para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas regiones. En este tipo de políticas los profesionales firman un contrato por el cual reciben un subsidio (beca o ayuda económica), y a cambio se comprometen a ejercer en una zona rural o subtendida durante un tiempo determinado. Estudios avalan que este tipo de medida permite aumentar las tasas de retención, sin embargo, falta un mayor estudio respecto del impacto de esta intervención. Es importante analizar si los programas incluyen la opción de “rescisión”, cuántos profesionales la utilizan, las razones para llegar a esa opción, y cuántos completan el servicio obligatorio.

5. METODOLOGIA

La presente investigación se lleva a cabo bajo el modelo de *métodos cualitativos*, el cual se nutre epistemológicamente de la *hermenéutica* que interpreta y busca comprender el significado de los fenómenos; la *fenomenología*, que reconoce la interdependencia del sujeto y objeto, y tiene como propósito comprender los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los individuos en el marco de su “proyecto de mundo” donde se originan; y el *interaccionismo simbólico*, el cual plantea la comprensión interpretativa de la realidad social desde el interior e indica que la conducta humana solo puede comprenderse y explicarse en relación a los significados que las personas dan a las cosas y a sus acciones. (Monje Alvarez, 2011, pág. 12)

A la investigación cualitativa le interesa captar la realidad social a través de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto, es decir no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. En este sentido, el método cualitativo aborda la situación problemática de manera inductiva y examina el sujeto en su interacción con el entorno al cual pertenece. (Monje Alvarez, 2011, pág. 13)

Los datos cualitativos abordan las actitudes, valores, opiniones, las percepciones, creencias, y las preferencias de los sujetos, donde los investigadores de esta tendencia centran su interés y acción en la subjetividad y afectividad de los sujetos, en otras palabras, produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. (Strauss y Corbin, 2002, pág. 19 y 20). La cientificidad del método cualitativo se logra llevando a cabo suficiente trabajo de campo, con el fin de elaborar interpretaciones válidas. (Monje Alvarez, 2011, pág. 14 y 15)

El proceso metodológico de la investigación cualitativa tiene como objeto la comprensión, donde la formulación del problema de investigación se basa en relaciones de sentido y las variables o categorías de análisis permiten la descripción densa de los procesos y hechos sociales. Finalmente, la naturaleza de dicho método configura un punto de referencia que indica qué se va a explorar –objetivos-, cómo debe procederse –la estrategia- y qué técnicas se van a utilizar –recolección-. (Monje Alvarez, 2011, pág. 16)

La metodología del presente estudio se basa en la *Teoría Fundamentada*, la cual tiene como característica primordial que la fundamentación de los conceptos es en base a datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación (Strauss y Corbin, 2002, págs. 18-22). Esta teoría se complementa con el Enfoque de Ciclo de Vida Laboral que se propone en el “*Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*”, elaborado por la Organización Mundial de Salud –OMS-.

5.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La selección de la muestra para el estudio fue basada en criterios, vale decir en unidades de muestreo construidos conceptualmente a partir de criterios definidos en la literatura. Este tipo de muestreo es una estrategia que busca el aseguramiento del rigor de la investigación por medio de la revisión y estudio de todos los casos que cumplen algún criterio predeterminado de importancia (Patton, 2015). En este sentido, se tomaron en cuenta tres criterios: *Diseño e implementación del Programa*; *Escuelas de Postgrado de Medicina*; y *Beneficiario del Programa EDF*.

Se considera como criterio el *Diseño e Implementación del Programa* con el propósito de conocer y profundizar en el origen y desarrollo del Programa en base a las experiencias de los profesionales del Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua del Minsal, quienes tienen a cargo la ejecución de esta Política Pública. Por otro lado, la selección del criterio de *Escuelas de Postgrado de Medicina* responde a la necesidad de encontrar mayor variación de perspectivas sobre los procesos de formación del Plan de Formación de Especialistas y del Programa EDF. Y, por último, con el criterio de *Beneficiario del Programa EDF*, se busca conocer la mirada del Programa y sus procesos formativos desde la experiencia y lo vivido durante la Etapa de Destinación y Formación, y conocimiento y mirada crítica del mismo desde el rol como miembro de la Agrupación de Médicos Generales de Zona –MGZ-. El resumen de los criterios se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Tabla 2: Criterios considerados para la selección de muestra.

Nº	Criterios	Características
1	Diseño e implementación del Programa	Jefaturas, asesores o profesionales del Dpto. de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua del Minsal que tienen a cargo la implementación del Programa
2	Escuelas de Postgrado de Medicina	Directores de Postgrado de Medicina
3	Beneficiario del Programa EDF y miembro del a Agrupación de Médicos Generales de Zona	Medico EDF

Fuente: Tabla de elaboración propia en base a definiciones metodológicas.

a) Análisis documental:

El análisis documental corresponde a la utilización y revisión de documentos relacionados a la Política Pública de Formación de Especialistas y del Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación –EDF- acudiendo a la revisión de páginas web institucionales del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Dirección de Presupuesto, Colegio Médico y Agrupación de Médicos Generales de Zona, e Informes emitidos por los centros formadores relacionados con la materia, así como la revisión de la normativa pública que da origen y reglamenta dicho Programa.

Por otro lado, se revisa información de libros y congresos relacionados a la materia, y registros o videos disponibles en la plataforma de Médicos Generales de Zona –MGZ-. Dichos documentos permiten recopilar información pertinente para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación.

b) Entrevistas:

En lo que refiere a las entrevistas, se aplican 5 entrevistas semiestructuradas a profesionales del Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua del Minsal que formaron parte del *Diseño e Implementación del Plan de Formación de Especialistas* con el propósito de conocer y profundizar en el origen, desarrollo y principales resultados de la Política Pública en base a sus experiencias; a Directores de *Escuelas de Postgrado de Medicina* con el propósito de encontrar mayor variación de perspectivas sobre los procesos de formación del Plan y del Programa EDF. Y, por último, a un *Beneficiario del Programa EDF*, con el fin de conocer la mirada del Plan y sus procesos formativos desde la experiencia y lo vivido durante la Etapa de Destinación y Formación, y conocimiento y mirada crítica del mismo desde el rol como miembro de la Agrupación de Médicos Generales de Zona –MGZ-. El “Cuestionario de Preguntas”⁹, se elabora en base a los componentes de formación del personal sanitario que se propone en la Etapa de Entrada del Enfoque de Ciclo de Vida Laboral, tales como –1) Candidatos aptos para la formación sanitaria; 2) Reclutamiento y selección de los estudiantes; 3) Acreditación de las instituciones de formación sanitaria; 4) Capacidad y producción de las instituciones de formación sanitaria; 5) Inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países; 6) Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud regulados; y 7) Contratación en el mercado laboral sanitario-, donde el producto de cada uno son recursos que se aportan al componente siguiente. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44)

El contacto con los entrevistados se realiza por medio de correo electrónico y redes de contacto que entregan los actores institucionales del Ministerio de Salud. Las entrevistas se realizaron durante el mes de enero de 2019 y de forma presencial.

El análisis de las entrevistas se realiza mediante el programa computacional ATLAS.ti, el cual permite hacer un análisis cualitativo, proporcionando una herramienta que facilita la organización, manejo e interpretación de grandes cantidades de datos textuales (Romo, Valencia, & Sampieri, 2014, pág. 5). El proceso de análisis comenzó primero con la creación de una Unidad Hermética, es decir el archivo donde se guarda el material para trabajar el estudio, en este caso se guardan las cinco entrevistas transcritas. Posteriormente, se va revisando y analizando cada entrevista, donde se descubren segmentos relevantes y se realiza la creación de códigos, vale decir se asigna una palabra clave a citas o párrafos significativos. A partir de esta selección, comienza la revisión de los códigos y la formación de familias o agrupación de códigos que se relacionan, los que se pueden visualizar gráficamente mediante redes (Romo, Valencia, & Sampieri, 2014, págs. 9-12).

⁹ Anexo D: Cuestionario de Preguntas

Mediante el proceso de preparación y manejo de datos, y posteriormente la comparación e interpretación de los segmentos ya codificados surgieron conceptos claves, vale decir los resultados obtenidos que, en base a la interpretación y la complementación con análisis documentales, se pudo dar respuesta a los objetivos propuestos en la presente investigación.

5.2. Plan de investigación

El análisis de los procesos de formación de la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico el Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, “Ex Médico General de Zona se lleva a cabo mediante el siguiente plan de análisis, en base a los objetivos específicos del estudio:

- Primer objetivo específico: Describir la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico el Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, “Ex Médico General de Zona” y revisar sus resultados durante el período 2014-2018.

Para responder a este primer objeto se utiliza la técnica de análisis documental, revisando principalmente los resultados del Informe Final de Evaluación del Plan que realizó la DIPRES el año 2018; Bases Procesos de Selección de acceso a becas de Formación; Informes de Subsecretaría de Redes Asistenciales, entre otros documentos y páginas web. Asimismo, se rescatan aspectos de los resultados obtenidos del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas.

- Segundo objetivo específico: Revisar los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico del Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, en base a los componentes establecidos en *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral*, y analizar su contribución en la preparación de un personal médico especializado motivado y con las competencias técnicas adecuadas para desempeñarse en el Sector Público de Salud.

Para responder este segundo objetivo se utiliza la técnica de entrevistas a actores relevantes en el diseño e implementación de la Política Pública. Las entrevistas semiestructuradas buscan obtener información del Plan de Formación de Especialistas en sí, y sus procesos de formación teóricos y prácticos, en base al Enfoque de Ciclo de Vida Laboral y los componentes de formación que en él se proponen. Los resultados de este análisis se obtienen en base al proceso de análisis cualitativo que se realiza mediante el programa ATLAS ti.

- Tercer objetivo específico: Proponer recomendaciones, en base a los resultados del análisis de los procesos de formación del médico EDF y sus respectivos componentes.

Para responder este tercer objetivo se utilizan los resultados del objetivo N° 1 y 2, y las técnicas de recolección de datos que en ellos se aplicaron. Los resultados y conceptos claves de dichos análisis permiten elaborar las recomendaciones propuestas en este tercer objetivo.

6. PLAN DE INGRESO, FORMACIÓN Y RETENCIÓN DE ESPECIALISTAS EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD: *ESTRATEGIA DE FORMACION CON DESTINOS OBLIGATORIOS*

A continuación, se inicia la investigación con la descripción de la Política Pública de “Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el Sector Público de Salud”, y en específico el Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación –EDF-, con el fin de dar a conocer los orígenes y desarrollo de esta intervención estatal; sus características, objetivos y antecedentes presupuestarios; y principales resultados.

6.1. Estrategia del Plan: aumento de subsidios de formación (becas) y ampliación de servicios obligatorios a lo largo del país.

En el año 2008 el Banco Mundial en conjunto con el Gobierno de turno realizó un Estudio de Brecha de Oferta y Demanda de Médicos y Médicos Especialistas en Chile estimando la disponibilidad de personal médico que había a la fecha y el consecuente déficit de profesionales. Mediante una actualización y sistematización de la información dispersa que existía en este tema en el país, el estudio concluyó que al 31 de diciembre de 2007 existía un universo de 29.996 médicos registrados en el Servicio de Impuestos Internos, lo que significaba que existía 1 médico por cada 553 habitantes, de los cuales solo 13.308 de ellos pertenecían al sector público de salud. Además de la cuantificación del personal médico, el estudio reveló la importante inequidad en la distribución geográfica de estos profesionales que existía a la fecha. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010).

La siguiente tabla demuestra el total de médicos en Chile y su respectiva distribución geográfica al 31 de diciembre de 2007.

Tabla 3: Distribución Geográfica del total de médicos en Chile

Distribución geográfica⁵ del total de los médicos en Chile

Médicos por Área Geográfica				
Área Geográfica	Cantidad de médicos	%	Número de médicos por cada 100.000 habitantes	Número de habitantes por médico
Norte	2.418	8,1	119,5	837,0
Central	21.899	73,0	212,1	471,4
Centro Sur	4.415	14,7	132,2	756,5
Sur	1.264	4,2	117,5	851,0
PAÍS	29.996	100,0	178,9	558,9
Fuente: Servicio de Impuestos Internos e INE (Población 2008)				
Aspectos metodológicos: El Área Norte agrupa a las regiones I, II, III, IV y XV; el Área Central agrupa a las regiones V, VI, VII y XIII; el Área Centro-Sur agrupa a las regiones VIII, IX y XIV; y el Área Sur agrupa a las regiones X, XI y XII.				

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Año 2010. Pág. 16.

A partir del estudio realizado el equipo de Consultores del Banco Mundial identificó áreas en las cuales sería importante intervenir desde el punto de vista de las políticas públicas, tales como Planificación de Recursos Humanos; Vínculos con los procesos de formación; Sistema de Información; Modelo de Compra de Servicios Médicos Especializados; y Tecnología y Procesos de Atención. En específico la recomendación por el Banco Mundial fue que el Minsal generara una *visión integral* que permitiera vincular las distintas líneas de acción. Por un lado, en Recursos Humanos se propuso mejorar la gestión de las dotaciones, optimizar las condiciones de trabajo, y fortalecer los vínculos con los centros formadores. Además, para mejorar las opciones laborales se recomendó comprar Servicios Médicos Especializados; y, por último, para perfeccionar la gestión de demanda de Recurso Humano se planteó definir modelos y tecnologías de atención dentro del Sistema de Garantías Explícitas y las políticas de promoción y prevención. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010, pág. 65)

En este contexto, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) comienzan los primeros aumentos de recursos para mejorar y fortalecer las alternativas de formación y destinación que existían a la fecha, siendo la más antigua de todas el Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación –Médico EDF-, o lo que se conocía como Médicos Generales de Zona –Médico MGZ-. Concretamente durante el año 2008 y 2009 el Estado pasó a financiar 473 y 550 cupos de formación de especialistas respectivamente (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010. Pág. 15), versus los 150 especialistas que se formaban con recursos públicos en el año 2002, donde la mayoría de los médicos se autofinanciaban su especialidad. (Ministerio de Salud, 2015).

Sin embargo, durante los años 2010 y 2014 es donde estas acciones cobran mayor relevancia, pues se experimentan cambios significativos en el diseño y ejecución de estas alternativas de formación y destinación, unificando y creando nuevas opciones mediante la implementación del “**Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el Sector Público de Salud**”, el cual llega a considerar una inversión de M\$ 100.000.000 en el año 2016 (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018, pág. 4). En palabras de la entonces Presidenta: “*Vamos a enfrentar la falta de médicos en la Atención Primaria, para que la población tenga acceso a prestaciones y atenciones de calidad y oportunas. En los próximos 4 años vamos a incorporar a 1.000 nuevos médicos a la Atención Primaria. Para esto, entregaremos incentivos económicos con el objeto de mejorar los sueldos de ingreso y también para retenerlos. Junto con esto, se creará un programa para que los médicos recién egresados que así lo estimen sean contratados por los Servicios de Salud del país y destinados a trabajar por un período asistencial obligatorio, que oscilará entre 3 y 6 años, en establecimientos de atención primaria de salud municipal, al cabo de los cuales podrán postular a becas de especialización, con devolución en el sistema público*”. (Bachelet Jeria, 2013, págs. 86-87). Para el caso de la falta de especialistas se desarrolló un Plan Nacional para la formación y mantención de especialidades médicas para apoyar la formación de 4.000 nuevos especialistas y que incentive el ingreso de más de 5.000 médicos a los programas de formación. (Bachelet Jeria, 2013, págs. 86-87).

Los objetivos del Plan por un lado, apuntan a “*contribuir a mejorar el acceso y la equidad de la atención recibida por la población beneficiaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), mediante el incremento de la oferta de prestaciones médicas y odontológicas.*” y, por otro, buscan “*aumentar la disponibilidad y permanencia de médicos y odontólogos generales y especialistas en*

la red pública de salud, a objeto de contribuir a la disminución de las brechas existentes de estos profesionales” (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 4)

La estrategia que prioriza el Plan para contribuir a mejorar estas problemáticas se centran en dos acciones: ***subsidiar significativamente la formación (becas) y ampliar los servicios obligatorios a lo largo del país.***

La formación con destinos obligatorios que implementa el Plan es una intervención por medio de subsidios para la formación, es decir entrega de becas de especialización para médicos recién egresados y para aquellos con antigüedad en la Red Pública de Salud, cuya contrapartida es la obligación de prestar servicio en zonas definidas por el Minsal, para aumentar la contratación de agentes de salud a nivel nacional.

Para implementar estas alternativas de formación el Plan considera Concursos Públicos para que el acceso sea mediante esta vía, vale decir con bases de selección que contienen el público objetivo, requisitos de ingreso, y diversos criterios que otorgan puntaje a los postulantes para acceder a becas de formación. Cada concurso tiene sus particularidades, y dependiendo de alternativa a la cual desea postular el profesional será definido el mecanismo de devolución de servicio obligatorio. Dado su público objetivo, los concursos se pueden dividir en ***concursos para médicos recién egresados y concursos para médicos con antigüedad en el Servicio Público.***

a) Formación con destinos obligatorios para médicos recién egresados

Para los médicos recién egresados existe el ***Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud –CONISS-***, que consiste en el proceso de selección de médicos cirujanos para el ingreso a la Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud, Art. 8 de la Ley 19.664; y para acceder a Becas de Programas de Especialización. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017, pág. 2).

En este Concurso se convoca a todos los médicos recién egresados o de última promoción de las Escuelas de Medicina, con el propósito de incentivar el ingreso de médicos al Sector Público de Salud. El funcionamiento de este concurso consiste en otorgar puntaje a cada profesional en base notas obtenidas, practicas abiertas que desarrolló cada profesional durante su formación de pregrado, entre otros aspectos. En base a dicho puntaje, el Minsal publica el ranking de puntos que obtuvo cada profesional que postuló al Concurso, para posteriormente llevar a cabo el proceso de escoger su alternativa de ingreso al Sector Público de Salud: Médico EDF o Médico Becario¹⁰. (Rebolledo, 2019)

¹⁰ La descripción del funcionamiento de los concursos se obtiene de las entrevistas realizadas a profesionales del Departamento de Formación del Minsal, y en base a las bases de los concursos de acceso a becas publicadas en la página web del Minsal del Formación de Especialistas.

Médico en Etapa de Destinación y Formación –EDF- contratado bajo el Art. 8 de la Ley 19.664: Si opta primero por la Etapa de Destinación, de al menos tres años en un Establecimiento de Salud de la APS para luego acceder a la etapa de Formación en la especialidad de su interés, el médico ingresa al Sector Público de Salud contratado bajo el Art. 8 de la Ley 19.664¹¹.

Médico Becario contratado bajo el Art. 43 de la Ley 15.076: Si escoge primero iniciar la Etapa de Formación por tres años, el profesional luego de ello inicia su Período Asistencial Obligatorio –PAO- por el doble de tiempo de la formación, como médico especialista en un establecimiento de salud de mayor complejidad, e ingresa al Sector Público contratado bajo el Art. 43 de la Ley 15.076¹², como “Becario”.

En este sentido, el gran Concurso Nacional de acceso al Sector Público de Salud se divide en dos opciones contractuales –Art. 8 de la Ley 19.664 y Art. 43. De la Ley 15.076-, lo que implica varias diferencias en calidad contractual, pero siendo la principal que en la primera opción el médico se desempeña en un establecimiento de APS como médico general, sin tener la obligación que una vez especialista deba continuar en el sector público, ya que se le reconoce el tiempo de desempeño previo a la formación, mientras que, el “becario” que primero se especializa, devuelve el doble de tiempo de la formación al Estado como médico especialista desempeñándose en diversos centros de salud dependiendo del nivel de complejidad de su especialización. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017, págs. 3-7)

b) Formación con destinos obligatorios para médicos con antigüedad en el Servicio Público

En el caso de los médicos que tienen antigüedad en el Servicio Público existe el *Concurso de Médicos EDF contratados por el Art. 8 de la Ley 19.664 en la Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud* (quienes ingresaron al Sector Público mediante el concurso CONISS), el cual consiste en el proceso de selección para acceder a cupos en programa de especialización, para médicos cirujanos contratados por el Art. 8 de la Ley 19.664, en la Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud. Este concurso va dirigido para los médicos EDF que ya cumplieron al menos tres años de antigüedad desempeñándose en un CESFAM o establecimiento

¹¹ Art. 8 Ley 19.664: “El ingreso a la Etapa de Destinación y Formación se efectuará mediante un proceso de selección objetivo, técnico e imparcial, que se desarrollará a nivel nacional a lo menos una vez al año. La comisión encargada del proceso de selección podrá considerar la aplicación de instrumentos de selección tales como oposición de antecedentes, pruebas, entrevistas, exámenes u otros que evalúen las competencias del postulante para el ejercicio del cargo. Dichos instrumentos deberán ser públicos y abiertos a todo participante y tendrán carácter nacional. Un reglamento determinará las demás modalidades, condiciones y formalidades que regirán los procesos de selección y de permanencia de los profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación. Ley 19.664. “Normas Especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica Ley N° 15.076.

¹² Art. 43 de la Ley 15.076: Los Servicios de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste podrán otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica. Los otros empleadores de los demás Servicios Públicos podrán otorgar becas de perfeccionamiento a sus profesionales funcionarios en la Universidad de Chile o en otra universidad del Estado o reconocida por éste y en los Servicios de Salud, conservándoles el goce de su remuneración en las condiciones que fije el reglamento. La concesión de estas becas se hará por concurso. La duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años. Ley 15.076. “Estatuto para los Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, o Químicos Farmacéuticos; Bioquímicos y Cirujanos Dentistas; Profesionales Funcionarios; Servicios de Administración Pública; Servicios de Salud”.

de APS como médico general, por lo que pueden acceder a este concurso para escoger la especialidad de su interés. Es importante mencionar, que el médico puede llegar a estar seis años en la Etapa de Destinación, y luego de ello iniciar su formación. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017, pág. 2).

Por otro lado, existe el **Concurso de Médicos Atención Primaria de Salud -CONE-APS-**, donde se llama a proceso de selección para acceder a cupos en programa de especialización para médicos cirujanos con desempeño en la Atención Primaria de Salud contratados bajo las condiciones de la Ley N° 19.378, Art. 43¹³, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal o por el Art. 9 de la Ley N° 19.664¹⁴, en la Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud. Este concurso busca reconocer a los médicos que se han desempeñado en el sector público, pero a su vez, incentivar su permanencia mediante el otorgamiento de becas de especialización. Si el profesional de la Ley N° 19.378 (contratado por el estatuto municipal) opta por una beca con desempeño en la Atención Primaria de Salud¹⁵ este mantiene su calidad contractual, pero si elige una especialidad de mayor complejidad¹⁶ cambia su calidad a “becario” Art. 43 de la Ley 15.076, ya que deberá desempeñarse en un establecimiento que depende del Servicio de Salud (hospital), al igual que los médicos que ingresaron bajo el Art. 9 de la Ley 19.664 por el doble de tiempo de su formación. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017, págs. 2-8).

Por último, existe el **Concurso Nacional de Especialidades para Médicos de los Servicios de Salud –CONE SS-**, proceso de selección para acceder a programas de especialización para médicos cirujanos regidos por el Art. 9 de la Ley 19.664, la Ley 19.378 o la Ley 15.076, para desempeñarse una vez finalizada su formación en los distintos Servicios de Salud del país. Este concurso tiene la particularidad que una vez asignado un cupo en un Programa de Especialización, todos los profesionales cambian su calidad contractual a “becario”, es decir pasan a estar regidos bajo el Art. 43 de la Ley 15.076, y por tanto, una vez terminada su formación deben desempeñarse en un establecimiento que determine el Servicio de Salud por el doble de tiempo de formación, salvo algunos casos que se les reconoce el 50% del tiempo de permanencia en la Etapa de Destinación y Formación cumplido con anterioridad al acceso a los programas. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018, págs. 2-6)

¹³ Art. 43 Ley 19.378: “Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal. Los profesionales a que se refieren las letras a) y b) del artículo 5° de esta ley podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización, durante todo su desempeño funcionario. Dicha participación consiste en comisiones de servicio, con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen, por lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado”. Ley 19.378. “Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal”.

¹⁴ Art. 9 Ley 19.664: “Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, los Directores de los Servicios estarán facultados para contratar directamente profesionales funcionarios en la Etapa de Destinación y Formación, cuando circunstancias fundadas lo justifiquen en razón de necesidades del Servicio, en forma transitoria y por períodos determinados. Estas contrataciones podrán disponerse en toda época del año con cargo a la dotación de horas asignadas a esta Etapa, sea cual fuere la causa por las que se encuentren disponibles, siempre que no excedan del 20% de la dotación de horas asignadas a ella, en cada Servicio”. Ley. Ley 19.664. “Normas Especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica Ley N° 15.076.

¹⁵ Las becas que permiten el desempeño en CESFAM son Medicina Familiar, Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría Adulto, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia y Salud Pública.

¹⁶ Las especialidades de mayor complejidad son aquellas que deben desempeñarse en un nivel secundario o terciario de atención. Ejemplo de ello, son Traumatología, Anestesiología, Urgenciología; Dermatología, etc.

Los concursos anteriormente descritos son desarrollados por el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con una convocatoria a nivel nacional. Si una vez terminado los concursos quedan becas disponibles, el Ministerio autoriza a los Servicios de Salud para que realicen “**Concursos Locales**”, con el fin que se tomen todos los cupos de financiamiento disponibles. Asimismo, es preciso mencionar que el Plan también considera concursos nacionales con la misma modalidad descrita anteriormente, pero dirigidos a Cirujanos Dentistas, los cuales no se describen en el presente documento ya que no forma parte del objeto de la presente investigación.

6.2. Implementación y financiamiento del Plan: período 2014 y 2018 experimenta mayor inversión en recursos

El Ministerio de Salud -MINSAL-, a través del Dpto. de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, ahora en adelante Departamento, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es quien lidera el diseño del Plan, y a su vez, es el encargado de su gestión operativa en conjunto con los Departamentos de Formación de cada Servicio de Salud del país. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 8)

Si bien, el Departamento y las áreas de Formación de cada Servicio de Salud tienen el rol de implementar esta política pública, existen otros actores relevantes en este proceso, tales como, centros formadores, sociedades médicas, y gremios, a quienes, también, se los incorpora en diversas instancias del proceso, como, por ejemplo, en la definición de cupos de formación por especialidad, definición de bases de los concursos, comisiones evaluaciones de carpetas de postulantes, entre otros espacios de participación.¹⁷

La metodología que utiliza el Departamento del Minsal para estimar las necesidades de áreas de especialidad que se requieren fortalecer, y zonas a nivel país que tienen mayor falta de profesionales médicos generales y especialistas, es en base al estudio de brecha que realizó el Banco Mundial el año 2010, el cual se complementa y actualiza de forma anual con los requerimientos que realizan los Departamentos de Formación de cada Servicio de Salud. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 18).

En paralelo a lo anterior, el Departamento trabaja con los centros formadores para definir los cupos que ofertará cada Escuela de Medicina en sus diversas áreas de postgrado, donde se busca conciliar las prioridades de formación que informa el Minsal, con la capacidad formadora de cada Universidad. Es importante mencionar, que una de las principales problemáticas para ampliar la formación es la cantidad limitada de cupos de las universidades para el ingreso a especializaciones,

¹⁷ La descripción del funcionamiento de los concursos se obtiene de las entrevistas realizadas a profesionales del Departamento de Formación del Minsal, y en base a las bases de los concursos de acceso a becas publicadas en la página web del Minsal del Formación de Especialistas.

la cual se relaciona con deficiencias en instalaciones o espacios de formación, falta de profesores o tutores, entre otros aspectos, necesarios para aumentar la formación¹⁸.

Otro actor relevante en la definición de becas son las sociedades médicas y asociaciones gremiales, las cuales son convocadas por el Departamento para trabajar en las bases de concursos, en representación de los profesionales, pero también, para que el proceso sea transparente y participativo.

Teniendo claridad de las necesidades de médicos y médicos especialistas que manifestaron los Servicios de Salud, asociaciones gremiales, y los cupos que ofertan los centros formadores, el Minsal define la oferta final de becas y destinos de desempeño obligatorios para cada concurso, en base a la disponibilidad presupuestaria anual. El Departamento de Gestión de Recursos Humanos de la DIGERA, es quien determina la cantidad de recursos que los Servicios de Salud deben destinar a la ejecución del Programa sobre la base de los beneficiarios efectivos y las actividades programadas.¹⁹

Las fuentes de financiamiento para implementar esta Política Pública se pueden dividir en dos líneas, una destinada al desarrollo e implementación del Plan propiamente tal, y otra línea de financiamiento utilizada en gastos de recursos humanos y gastos operacionales para que la Subsecretaría y los Servicios de Salud puedan implementar el Plan. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 10)

Respecto a los gastos asociados al Plan propiamente tal, los recursos para financiar la formación se centran en gastos en matrículas y aranceles que son definidos por cada centro formador que participa en esta Política Pública. Anualmente, el Departamento trabaja con los centros formadores definiendo los cupos de formación que entregará cada universidad por especialidad en los respectivos Concursos que dispone el Minsal para acceder a becas de especialidad médica. Por otro lado, para financiar los destinos de desempeño asociados a cada beca, el Departamento estima los montos por gastos en estipendios para los becarios, remuneraciones para los profesionales EDF, y remuneraciones PAO.

Sobre los recursos para financiar la gestión administrativa del Plan, el nivel central -Subsecretaría de Redes Asistenciales-, y nivel descentralizado -Servicios de Salud- se estiman gastos para financiar recurso humano y gastos operativos y logísticos necesarios para el desarrollo de los procesos administrativos de cada una de las estrategias del Plan, como gastos en base de datos -FORCAP-, arriendo de auditorios y salas para implementar los Concursos, viáticos y pasajes para

¹⁸ La descripción del funcionamiento e implementación de la Política Pública se obtiene de las entrevistas realizadas a profesionales del Departamento de Formación del Minsal, a Directores de Postgrado de Escuelas de Medicina, y a Médicos del Gremio Médicos Generales de Zona -MGZ- y, en base al Informe de la DIPRES año 2018.

¹⁹ Información obtenida a partir de las entrevistas realizadas a Jefatura del Departamento de Formación del Minsal, y al Asesor del mismo Departamento.

financiar la llegada de miembros de las Comisiones Evaluadoras (delegados de gremios, funcionarios de Dptos. De Formación regional, etc.).

Asimismo, el Plan contempla otras actividades de Educación Continua y subespecialidad, que para fines del presente estudio no se especifican, pero sí se contabilizan dentro del siguiente cuadro que muestra el Presupuesto Total del Programa y de los Servicios de Salud 2014-2018 (Miles de \$2018):

Tabla 4: Presupuesto total del Programa y de los Servicios de Salud 2014-2018 (Miles de \$ 2018)

Año	Presupuesto del Programa (a)	Presupuesto Total Servicios de Salud (b)	Participación del Programa en el presupuesto de los Servicios de Salud (%) (a/b)
2014	65.555.934	4.078.623.408	1,6%
2015	86.106.179	4.395.095.293	2,0%
2016	107.969.913	4.740.114.663	2,3%
2017	126.766.305	5.194.621.096	2,4%
2018	143.807.423	5.714.307.925	2,5%
% Variación 2015-2017	119,4%	40,1%	56,6%

Fuente: Informe Final de Evaluación Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud. Pág. 11.

De esta forma, durante el año 2014 al 2018 se muestra un crecimiento constante de recursos asignados a cada Servicio de Salud para implementar este Plan, período donde se registra la más alta inversión para financiar formación con destinos obligatorios.

6.3.Resultados del Programa EDF durante los años de mayor inversión en la Política Pública de Formación de Especialistas (2014-2017):

Con la creación del Servicio Nacional de Salud –SNS- en el año 1952 se reveló la necesidad de abordar el problema de falta de atención médica de la población rural, generada principalmente por la escasez de profesionales y su distribución inadecuada que se concentraba en las grandes ciudades, por contar con caminos intransitables y establecimientos de salud lejanos a sus localidades. (Juricic, 1975, pág. 203)

En este contexto, la Subdirección General del SNS de entonces, empezó a preocuparse del tema en el año 1955, fecha en que se disponía de 3.645 médicos activos (5,4 por 10.000 habitantes), donde además, la distribución geográfica era inadecuada con el 65% de los médicos trabajando en Santiago, ciudad que contaba con el 32,7% de la población del país, es decir disponía de un médico para 916 personas (10,9 por 10.000), mientras que el resto del país de uno por cada 3.528 habitantes (2,8 por 10.000). Es así, como surge el Decreto 17.615 del SNS conteniendo el llamado “Reglamento para la provisión y desempeño de cargos de médicos generales de zona en el Servicio

Nacional de Salud”, el cual asignaba diversos incentivos para que los médicos se desempeñaran en zonas rurales (máximo de 12 puntos por antigüedad de 5 años; al cumplir 3 años podía optar a ocupar vacantes de medicina, pediatría, obstetricia y cirugía en hospitales tipo C; después de estar 3 años podía optar a solicitar becas de especialización, donde al terminar la beca podría postular a un cargo en cualquier ciudad del país). (Juricic, 1975, págs. 204-205)

Al principio este nuevo cargo no tuvo el nivel de atracción esperado ya que los profesionales dudaban de sus beneficios, sin embargo, con el tiempo fue aumentado progresivamente llegando en el año 1966 a un 48,1% de incorporación de la promoción de ese año. Este buen porcentaje, también se explica por el aumento en la construcción de establecimientos en zonas rurales, y la incorporación de auxiliares de enfermería. El aumento de médicos también se logró gracias al incremento de facultades de medicina y el número de estudiantes y graduados. En la medida que aumentaba el número de graduados en conjunto con la estrategia del MGZ, se mejoró la distribución de médicos en el país en el año 1970, donde el índice de médico-población aumentó en zonas rurales en un 35,7%. (Juricic, 1975, pág. 207)

A los 67 años de implementación del Programa de Médico General de Zona, pese al cambio de nombre a Médico en Etapa de Destinación y Formación –EDF- y a algunas especificidades en el Reglamento que lo rige, la esencia de la Etapa de Destinación y Formación sigue siendo la misma, y está conformada por médicos que se encuentran en perfeccionamiento y desarrollo de sus competencias, para desempeñar funciones asistenciales que impliquen atención integral del individuo y la comunidad mediante acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, y manejo de los problemas de salud prevalentes, como, de igual modo, para aplicar aquellas competencias y especialidades que adquieran mediante los programas de perfeccionamiento y especialización. (Ministerio de Salud, 2000, pág. 4)

- a) Etapa de Destinación Médico EDF: aumento de 1966 médicos a la Atención Primaria de Salud

El Programa EDF contempla la realización primero de la Etapa de Destinación y luego la de Formación, pues busca que profesionales recién egresados ejerzan como médicos generales en establecimientos de Atención Primaria, con el fin de disminuir la brecha de estos profesionales a nivel nacional. La recompensa para el médico que escoge esta opción es que desde el tercer al sexto año de permanencia puede postular a iniciar la Etapa de Formación en el área de especialización de su interés, sin la obligación de devolver servicio obligatorio como especialista. (Ley 19.664, 2000) (Dto. N° 788, 2000)

Los profesionales al ingresar a la Destinación dependen contractualmente del Servicio de Salud al cual pertenezca el establecimiento APS, y son contratados mediante el Art. 8 de la Ley 19.664 que determina que el ingreso es por medio de un proceso de selección nacional. En cuanto a las funciones, el Reglamento N° 788 establece que el profesional debe desempeñarse como médico general, desarrollando actividades principalmente asistenciales que impliquen atención integral del individuo y la comunidad en el marco del Modelo de Atención APS. Asimismo, el profesional

puede desempeñar funciones directivas o de administración de establecimientos. (Ley 19.664, 2000) (Dto. N° 788, 2000)

Durante el segundo Gobierno de Michelle Bachelet, la meta que se fijó con este Programa fue incorporar a 1.000 nuevos médicos a la APS. De acuerdo al estudio de evaluación que realizó la Dirección de Presupuesto –DIPRES- en el año 2018, se señala que en el año 2014 había 875 médicos desempeñándose en la APS por cuenta del Programa EDF, y que a fines del año 2017 estos habían aumentado a 1.966 (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 27), por lo que a dicho año ya se había cumplido la meta propuesta.

En la siguiente tabla se detalla la cantidad de médicos que se contratan en la APS a través del Programa EDF, durante los años 2014 a 2017.

Tabla 5: Cantidad de nuevos médicos que se contratan en la APS a través del Programa período 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Variación 2014-2016
N° de médicos contratados en APS previstos por el Programa	308	565	571	640	108%

Fuente: Informe DIPRES pág. 26.

Es importante mencionar, que el stock de médicos en la APS por medio de este Programa es dinámico, ya que año a año ingresan nuevos médicos a la etapa de destinación, pero, también egresan para iniciar su etapa de formación. En este sentido, de acuerdo a la investigación mencionada, se concluye que durante el período del año 2014 a 2017 hubo un aumento en la cantidad de recién egresados que ingresaron a la APS a través del Programa EDF, lo cual generó un aumento en el stock de estos profesionales de 875 médicos en el año 2014 a 1.966 en el año 2017 (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 27).

En cuanto a la distribución de estos médicos a lo largo del país, como se mencionó anteriormente, en el Concurso CONISS los profesionales tienen la posibilidad de elegir su destino en base a la disponibilidad de cupos que haya cuando le toque su turno de escoger (ranking), y en base a los puntos que le otorguen las plazas que escojan. Asimismo, estos cupos otorgados son ofertados previo análisis con los Servicios de Salud del país, quienes informan las plazas (CESFAM), con mayor necesidad de médicos, los cuales también se relacionan con vulnerabilidad socioeconómica, ya que, desde el punto de vista de la salud pública, uno de los factores más determinantes de vulnerabilidad y riesgo en la salud de las personas son los bajos niveles socioeconómicos. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 27)

En la siguiente tabla se muestra la distribución de médicos EDF según Servicio de Salud, donde se observa que se asigna en mayor proporción profesionales a servicios que tienen población con menores niveles socioeconómicos como son Coquimbo, O'Higgins, Maule, Araucanía Sur, Chiloé y Ñuble, principalmente. (Dirección de Presupuesto, 2018, págs. 28-29). El detalle por Servicio de Salud es el siguiente:

Tabla 6: Distribución de médicos beneficiarios EDF según Servicio de Salud 2014 a 2017

Especialidad	2014	2015	2016	2017	Total	Distribución %
SS Arica	3	7	9	12	31	1%
SS Iquique	6	15	9	17	47	2%
SS Antofagasta	7	13	17	24	61	3%
SS Atacama	7	15	16	12	50	2%
SS Coquimbo	22	33	29	45	129	6%
SS Valp.-S.Ant.	8	15	19	19	61	3%
SS Viña – Quill.	24	31	34	45	134	6%
SS Aconcagua	7	11	16	14	48	2%
SSM Norte	5	11	13	12	41	2%
SSM Occidente	6	24	25	34	89	4%
SSM Central		4	9	10	23	1%
SSM Oriente	1		7	9	17	1%
SSM Sur	5	29	30	24	88	4%
SSM Sur Oriente	8	25	30	27	90	4%
SS O'Higgins	15	28	34	39	116	6%
SS Maule	20	40	32	24	116	6%
SS Ñuble	20	17	39	29	105	5%
SS Concepción	7	32	24	14	77	4%
SS Talcahuano	4	11	12	9	36	2%
SS Biobío	19	18	22	25	84	4%
SS Arauco	18	15	28	21	82	4%
SS Araucanía Norte	12	26	24	21	83	4%
SS Araucanía Sur	19	42	35	41	137	7%
SS Valdivia	14	21	25	25	85	4%
SS Osorno	9	16	9	10	44	2%
SS del Reloncaví	18	20	13	35	85	4%
SS Chiloé	6	16	8	26	56	3%
SS Aysén	12	20		9	41	2%
SS Magallanes	6	10	3	8	27	1%
Total	308	565	571	640	2083	100%

Fuente: Informe DIPRES pág.: 27-28.

- b) Etapa de Formación Médico EDF: 756 médicos EDF especialistas sin retorno asegurado a la Red Pública de Salud

La Etapa de Formación se inicia cuando el profesional postula y se adjudica una beca de especialización mediante el proceso de selección de acceso a la formación, el cual puede comenzar una vez que haya cumplido al menos tres años de antigüedad en la Destinación.

La incorporación a dichos programas de formación es mediante una Comisión de Estudios, donde el médico continúa percibiendo su remuneración durante el período de formación que no puede ser superior a tres años. Los profesionales al momento de escoger la beca deciden el área de su interés y, también el centro formador donde realizarán sus estudios. El Programa de estudios debe

contemplar una carga horaria de 44 hrs. semanales, y en dicha etapa quedan sujetos a las normas y obligaciones que establece el reglamento de la universidad. (Ley 19.664, 2000) (Dto. N° 788, 2000)

Este programa no contempla un Período Asistencial Obligatorio de desempeño en el sector público para estos profesionales, puesto que se les reconoce el tiempo de antigüedad en la Etapa de Destinación. En este sentido, queda la voluntad del profesional y a la disponibilidad de cargos en los Servicios de Salud que estos médicos ejerzan como especialistas en la Red Pública de Salud. (Ley 19.664, 2000) (Dto. N° 788, 2000)

En este sentido, esta estrategia aporta con desempeño de médicos generales, pero no siempre con médicos especialistas, ya que no es obligatorio. En datos aportado por el Informe de Evaluación de la DIPRES, el Plan a través de otros concursos –principalmente CONISS (becarios)- busca aumentar la cantidad de especialistas a nivel nacional, pese que por esta vía se ha financiado la formación de 756 médicos EDF especialistas durante los años 2014 al 2017. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 31)

En términos generales, durante el período de análisis indicado han ingresado a formación financiada por el Plan –CONISS, Concurso EDF, CONE APS, CONE Local, otras becas) 4.393 profesionales, de los cuales 1.288 habrían completado su formación en abril de 2018. Las áreas de especialidad que más cupos ofertan son Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, junto con Anestesiología y Psiquiatría Adultos, lo cual el Informe de Evaluación de la DIPRES concluye que es consistente con los antecedentes presentados en el estudio de brechas de especialistas. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 33). De esta forma, se observa un incremento de la densidad de especialistas por habitante en el país, donde el rol del Plan ha sido relevante, ya que el 80% de las becas que ofrece el país en especialidades médicas son gestionadas por éste. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 34)

6.4.Período Asistencial Obligatorio: Insuficiente como política de retención

La principal estrategia que contempla el Plan para conservar a los médicos especialistas provenientes principalmente del concurso CONISS-becarios, es el Período Asistencial Obligatorio –PAO-, el cual es el tiempo que deben cumplir los especialistas una vez completada su formación, la cual se realiza en establecimientos de la Red Pública de Salud.

La DIPRES en su Informe de Evaluación del Plan, concluye que lamentablemente no es posible saber la cantidad de tiempo de PAO que lleva un médico, ni cuántos de ellos cumplieron el PAO establecido en el convenio por problemas serios de registro y control que tiene el Plan, pero, sí es posible indicar el número de profesionales que ingresaron a esta etapa de servicio obligatorio como especialista, donde se registra un aumento de 369 a 665 médicos, vale decir un incremento del 80% en la cantidad de PAO durante el periodo de tiempo evaluado. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 35)

Pese a ello, el *PAO* es una “devolución” al Estado por parte del especialista de los recursos invertidos en su especialización y, a su vez, una medida de permanencia de especialistas en el sector público, *pero es insuficiente como política de retención*. (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 35)

En este sentido, la estrategia de financiar formación por servicios obligatorios es una alternativa que ha ayudado a la APS a contar con más médicos generales, pero que en el aumento de especialistas en la Red Pública de Salud ha sido insuficiente, y se sostiene solo en el PAO, que es por el doble de tiempo de la formación. Luego de ello no hay estudios que confirmen que estos médicos permanezcan en la red y ayuden a disminuir las listas de esperas a nivel nacional, que, a la fecha, y luego de la pandemia COVID 19, seguirán en aumento.

7. DEBILIDADES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS: IMPORTANCIA DE CONSIDERAR ESTRATEGIAS QUE APUNTEN A MEJORAR LA FORMACIÓN TEÓRICA Y PRÁCTICA PREVIA AL EJERCICIO PROFESIONAL DEL MEDICO

Durante el capítulo anterior describimos y analizamos la Política Pública de Formación de Especialistas, la cual busca solucionar la falta de médicos y médicos especialistas en el país, mediante la estrategia de entrega de subsidios de formación con destinos obligatorios. Si bien, esta ha traído resultados de aumento de médicos y médicos especialistas, de acuerdo a la evaluación realizada por la DIPRES esta estrategia es insuficiente como política de retención, pues se sustenta principalmente en el Período Asistencial Obligatorio, vale decir en una alternativa normativa de obligación del funcionario, a quien se le financió una formación de postgrado, de tener que desempeñar funciones en el Sector Público (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 35).

La Política Pública de Formación de Especialistas ha centrado el foco en la estrategia de subsidios de formación con la obligación de desempeñarse en un establecimiento de salud público, pues es la alternativa que ha logrado implementar el Estado para mejorar la baja disponibilidad de médicos y médicos especialistas en zonas rurales y de menor desarrollo socioeconómico. En otras palabras, con el incentivo de la beca los médicos están dispuestos a ejercer al menos tres años como Médicos de APS, y seis años como Especialistas en establecimientos de mayor complejidad de diversas localidades del país independiente de su desarrollo socio-económico. Pero luego de ello, no hay estudios que demuestren que esa permanencia se proyecte más allá, siendo una solución efectiva a corto plazo, pero no una opción a largo plazo, ya sea por falta de cargos disponibles para contratar a médicos y médicos especialistas en el Sector Público de Salud, y/o por el desincentivo del médico a permanecer en dichas localidades donde no existe un mayor desarrollo donde se pueda proyectar y obtener mejor calidad de vida.

Con el fin de ofrecer alternativas y recomendaciones que apunten más allá de lo normativo, y con una mirada a largo plazo sobre posibles soluciones, se analizó los procesos formativos que existen en nuestro país para producir trabajadores sanitarios, dentro del marco analítico propuesto en el *“Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos”*, elaborado por la Organización Mundial de Salud –OMS- y al *Enfoque de Ciclo de Vida Laboral* que en él se propone, donde se obtuvo los siguientes resultados:

7.1. Criterios de Admisión exigentes y favorables para estudiantes provenientes de zonas urbanas y socioeconómicamente acomodadas

Durante el año 2003 la PSU –Prueba de Selección Universitaria-, fue el test estandarizado escrito que debían rendir los postulantes a educación superior, prueba que pretendía medir conocimientos de lo aprendido durante la Educación Media. El test se estructuraba en cuatro pruebas que se

rendían en dos días, prueba de Lenguaje y Matemática que eran obligatorias, e Historia y Ciencias que eran optativas de acuerdo a la carrera que se quería postular. Después de 16 años de duración la PSU termina, y se cambia por un sistema que permitirá a las universidades ponderar con mayor flexibilidad pruebas de acceso, notas de enseñanza media y ranking escolar (Radio UChile, 2020).

A partir del acuerdo llevado a cabo en marzo de 2020, entre la Subsecretaría de Educación Superior y los integrantes del Comité Técnico de Acceso a la Educación Universitaria, las admisiones 2021 y 2022 considerarán la aplicación de Pruebas de Acceso Transitorias en lugar de la PSU para que egresados de Enseñanza Media accedan a la Educación Superior.

Las principales diferencias entre ambas pruebas se centran en que la Nueva Prueba de Transición –PDT- reduce sus preguntas a 65, ajusta temarios e incorpora medición de competencias y no solo conocimientos. La ponderación de la prueba se reduce de un 50 % que tenía la PSU a un 30% para ampliar flexibilidad de todos los instrumentos (NEM y Ranking). Los requisitos mínimos también se modifican, donde se exige 450 puntos promedio en las pruebas de Lenguaje y Matemáticas, pero habrá una nueva habilitación para estudiantes que obtengan un Promedio de Notas de Enseñanza Media que los ubique en el 10% superior de su establecimiento. Y, por último, se aumenta la admisión especial de un 15 % a un 20% para todas las universidades, y de un 20% a un 25% a las universidades de zonas extremas. (Radio UChile, 2020). Con este nuevo sistema de Admisión Centralizada, se busca avanzar en equidad, ampliando oportunidades para los jóvenes, valorar la diversidad de talentos que hay a lo largo de todo el país, y dar mayor flexibilidad a las instituciones para potenciar de mejor manera sus proyectos educativos (Universidad Católica de Chile, 2021).

Medicina es una de las carreras de enseñanza superior más demandadas por los estudiantes de Enseñanza Media. La principal vía de ingreso a la carrera de Medicina en Chile es la PDT o ex PSU, cuyos puntajes de ingreso son elevados, por ejemplo, para la Admisión 2021 en la Universidad Católica las vacantes ocupadas para la carrera de Medicina fue un total de 91 cupos, cuyo puntaje mínimo matriculado fue de 800,15 puntos. Los puntajes mínimos de las demás casas de estudio de esta carrera se mueven en el rango de 800-746 puntos aproximadamente, siendo uno de las carreras cuyos requisitos de admisión son los más exigentes. La siguiente tabla muestra la distribución de puntajes mínimos por Universidad durante el proceso de admisión 2021.

Tabla 7: Puntaje mínimo matriculado y vacantes por Universidad para la carrera de Medicina durante el proceso de admisión 2021²⁰

Criterios de Admisión	Puntaje mínimo matriculado	Vacantes
U. Católica de Chile	800,15	85
U. de Chile	778	190
U. de Concepcion	766,1	105
U. de Santiago	708,00	60
U. Austral de Chile/ Valdivia	749,00	65
U. de los Andes	755,00	65
U. de Valparaiso/Reñaca	762,40	71
U. de Valparaíso/San Felipe	746,3	47

Fuente: Universia.cl: <https://www.universia.net/cl/actualidad/orientacion-academica/revisa-los-puntajes-de-corte-2021-de-la-carrera-de-medicina.html>

Sumado a que los puntajes mínimos de acceso son elevados, los estudiantes que obtienen estos mejores puntajes son provenientes de comunas de mayor desarrollo socioeconómico, pues en el Proceso de Admisión 2021 el ranking de los 100 colegios con puntajes más altos en la PDT son provenientes principalmente de establecimientos particulares, y solo dos provenientes de colegios municipales y dos subvencionados (El Mercurio, 2021).

La relación existente entre puntajes de acceso elevados a la carrera de Medicina y dificultad de distribuir médicos y médicos especialistas a nivel nacional no es casual. Los requisitos o criterios de admisión de los programas de formación, son relevantes a la hora de analizar posibles soluciones para la falta de médicos en Chile y el mundo. Según el la OMS en el *Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud* (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44) , y en el “*Informe de acceso al personal sanitario en zonas rurales o remotas mejorando la retención*” (Organización Mundial de la Salud , 2011), se indica que es relevante revisar los requisitos de admisión de las Escuelas de Medicina del país, pues habitualmente éstos son muy exigentes respecto de la formación básica y media, por lo que los estudiantes de zonas rurales o desatendidas tienen más dificultades para cumplir con dichos estándares dado que su formación básica y secundaria es de menor nivel. Esto cobra relevancia, porque de acuerdo a lo que indica la OMS en los documentos mencionados, estudios han demostrado que quien procede de una zona rural o subatendida tiene más probabilidades de retornar a ella una vez graduado.

De acuerdo a lo observado en los Procesos de Admisión de Educación Superior, pese al esfuerzo que se está haciendo en avanzar en equidad, ampliar oportunidades para los jóvenes, valorar la diversidad de talentos que hay a lo largo de todo el país, y dar mayor flexibilidad a las instituciones

²⁰ Anexo E contiene listado de todas las universidades con puntaje mínimo matriculado y vacantes por Universidad para la carrera de Medicina durante el proceso de admisión 2021.

para potenciar de mejor manera sus proyectos educativos mediante la Admisión Centralizada y la PDT, este sistema está en transición, y de acuerdo a los últimos resultados de los procesos de admisión 2021 se mantiene la preeminencia que colegios particulares tienen mejores resultados que colegios municipales de zonas vulnerables. En otras palabras, en nuestro país se capta a estudiantes que no son aptos para solucionar esta problemática, pues el ingreso de estudiantes provenientes de zonas rurales y de menor desarrollo socioeconómico a la carrera de Medicina se convierten en casos puntuales provenientes de alternativas de ingresos especiales donde el número de vacantes no es significativo para la problemática de falta de médicos y médicos especialistas en el país.

Las opciones de Ingreso Especial para la carrera de Medicina están dirigidas para postulantes con estudios superiores, postulantes que se encuentren en desigualdad de condiciones para rendir las pruebas de admisión y postulantes destacados en el ámbito deportivo, artístico o científico nacional, las cuales varían en cada Casa de Estudio, y se concentran principalmente en tres alternativas:

1) Beca de Excelencia Académica –BEA- la cual es otorgada e informada por el Ministerio de Educación al 10% de los alumnos de IV Medio de la promoción del año, con los mejores promedios de notas de la enseñanza media de los establecimientos Municipales, y que además pertenezcan a los cuatro primeros quintiles (Universidad de Chile, 2021). Estos cupos se entregan a los estudiantes que tengan asignada la BEA y que se encuentren en la lista de espera de la carrera, privilegiando a los que tengan mayor puntaje ponderado. Los cupos de esta beca dependen por cada casa de estudio, y en el caso de Medicina de la U de Chile es de 10 vacantes.

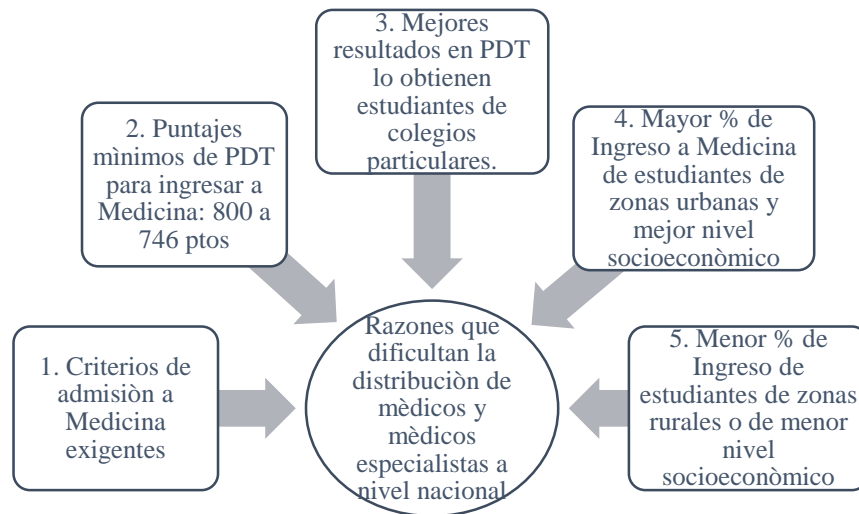
2) Sistema de Ingreso Prioritario de Equidad Educativa –SIPEE-, está diseñado para aquellos estudiantes que, por pertenecer hasta el tramo del 60% de la población más vulnerable o de menores ingresos, conforme a la clasificación socioeconómica del Registro Social de Hogares o instrumento equivalente, por haber cursado la totalidad de su enseñanza media en establecimientos educacionales públicos de dependencia municipal, de administración delegada o de servicios locales de educación, y por la excelencia académica demostrada en dicho establecimiento y en su puntaje de PDT, pueden incorporarse a la carrera de Medicina. En el caso de la U. de Chile se dispone de 12 cupos.

3) Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior (PACE), vía de admisión a la Universidad que busca favorecer el acceso, permanencia y graduación en la educación superior de estudiantes pertenecientes a liceos con un alto índice de vulnerabilidad escolar (IVE) que, cumpliendo requisitos de desempeño y responsabilidad establecidos por el MINEDUC, podrán acceder a un cupo garantizado. Para esta vía de acceso la U. de Chile dispone de un cupo.

De acuerdo al análisis anterior, el siguiente esquema muestra la relación que existe entre criterios de admisión exigentes y la preeminencia de estudiantes provenientes de zonas urbanas y de mejor

desarrollo socioeconómico que pueden alcanzar los requisitos de acceso a Medicina, aumentando con ello la dificultad de distribuir médicos y médicos especialistas a nivel nacional:

Ilustración 3: Razones que dificultan la distribución de médicos y médicos especialistas a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados del análisis mediante el programa Atlas ti.

En este contexto, y con el objetivo de aumentar la cantidad de médicos y mejorar su distribución a zonas rurales y subatendidas, la OMS recomienda **establecer cupos para estudiantes provenientes de dichas zonas, pero con programas de equiparación**, con el fin de permitir la entrada de estos profesionales sin bajar el nivel de la formación universitaria, pues se ha demostrado que quien procede de una zona rural o subatendida tiene más probabilidades de retornar a ella una vez graduado.

Asimismo, la OMS recomienda:

- Formular y diseñar políticas de requisitos de ingreso de los estudiantes, o bien, modificar las existentes para que sean más acordes al contexto socioeconómico del país.
- Poner en marcha programas de difusión con el fin de motivar a los alumnos a ser trabajadores sanitarios.
- Hacer cambios radicales en el plan de estudios de primaria y secundaria para preparar adecuadamente a los estudiantes para las carreras sanitarias. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 45)

7.2. Pasivo proceso de reclutamiento y selección de estudiantes

La falta de selección de candidatos aptos para la formación sanitaria se relaciona con la existencia de criterios de admisión exigentes para el ingreso Medicina, y también, con la inexistencia de reclutamiento y proceso de selección que permita una difusión entre el colectivo de personas aptas que apunte a mejorar la falta de médicos y médicos especialistas en el país.

La Enfoque de Ciclo de vida Laboral, en su fase de entrada, indica que para que el reclutamiento y proceso de selección de los estudiantes sea activo es menester **contar con un “perfil” del futuro agente de salud**, que pueda tener relación con el lugar de procedencia, algunos rasgos de comportamiento particulares como altruismo, u otros factores intrínsecos de motivación. El conocimiento y aplicación de estos rasgos podría orientar las políticas de selección y contratación, y contribuir también, a la orientación vocacional de los estudiantes. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 19 y 20)

En nuestro país el reclutamiento de estudiantes es pasivo, siendo el principal problema la falta difusión entre el colectivo de personas aptas, de parte de las instituciones educativas. Asimismo, no existe un “perfil” de agente de salud que esté formalizado y decretado, pese que en el año 2018 el Ministerio de Salud trabajó en el perfil de desempeño del Médico General en torno a las Redes Integradas de Servicio de Salud –RISS-, donde se destaca lo siguiente:

“El perfil del Profesional Médico General preparado para desempeñarse en un entorno de RISS basada en Atención Primaria de Salud, es el de un profesional con sólida formación científica, clínica, ética y humanista, consciente de su rol y compromiso con la sociedad en la que está inserto. Actúa con profesionalismo, aplicando principios éticos y logrando una comunicación efectiva con las personas. Entiende que la persona es el centro de la salud – enfermedad –. Su actitud es reflexiva, con capacidad de autorregulación, de formación continua, de adaptación a los cambios y de autocuidado. Orienta sus preferencias laborales en los ámbitos sociales del país en donde más se necesita su presencia, brindando atención integral, especialmente a quienes se encuentran alejados del acceso universal a los servicios de salud. Se desempeña en diferentes contextos, principalmente en la Atención Primaria de Salud, resolviendo patologías prevalentes, prioritarias y situaciones urgentes no derivables, y derivando a otro nivel de atención cuando se requiera. Realiza acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, considerando los determinantes sociales de la salud y el análisis crítico de la realidad. Trabaja en equipos multiprofesionales (interdisciplinarios) e intersectorialmente, y está preparado para el trabajo en el sistema de salud chileno, en coherencia con el marco legal vigente”. (Academicos de U. de Chile; U. de Valparaíso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago, Mayo 2021, pág. 14)

De acuerdo a lo anterior, los perfiles de egreso de la mayoría de Escuelas de Medicina no consideran la política pública de salud, ni los objetivos sanitarios como eje movilizador de su formación, donde la mayoría de las Universidades no orientan su formación médica hacia el ejercicio del médico en la APS. El currículo de los centros formadores contiene algunas prácticas

en la APS, pero estas son escasas y cortas, por tanto, los contenidos y las actividades prácticas y docentes están estructurados por la especialidad, reflejando una influencia especializante en los estudiantes de pregrado y una valoración económica de la misma, la cual se potencia con un discurso sociopolítico de falta de especialistas. Estos factores han generado un desinterés progresivo de los médicos formados en Chile por trabajar en la APS, dejándola como una opción laboral de transición a la especialidad (Academicos de U. de Chile; U. de Valparaiso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago, Mayo 2021, pág. 13).

En este sentido, las instituciones académicas tienen el rol de realizar una “Gran Reforma Curricular”, para orientar la formación profesional hacia las necesidades sociales, epidemiológicas y demográficas, el derecho a la salud, la salud Familiar y la APS (Academicos de U. de Chile; U. de Valparaiso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago, Mayo 2021, pág. 15)

En este contexto, el Enfoque de Ciclo de Vida Laboral propone pasar a un reclutamiento activo que permita:

- Corregir los diversos desequilibrios económicos, étnicos, regionales, entre zonas urbanas y rurales, y entre sexos.
- Ayudar a los potenciales estudiantes en la elección del centro de formación y en la cumplimentación de los formularios de solicitud, tareas que pueden resultar particularmente arduas para las personas que proceden de grupos socioeconómicos desfavorecidos o comunidades subatendidas y que quizá son los primeros miembros de sus familias en solicitar el ingreso en la enseñanza superior.
- Mejorar la retención de los trabajadores en la medida que el reclutamiento se base en las motivaciones para ejercer una profesión sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 46).

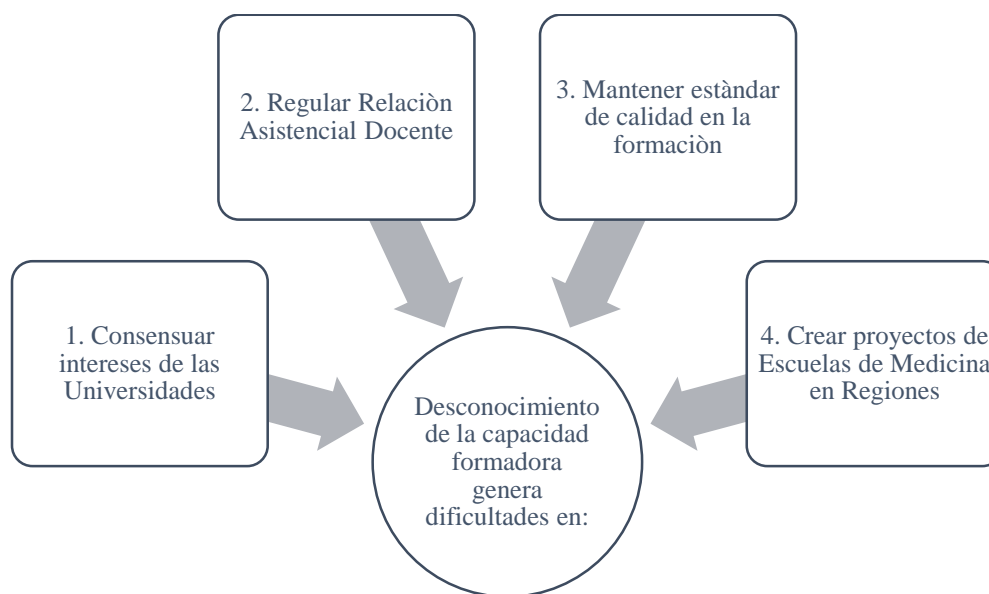
7.3.Desconocimiento de la capacidad formadora de las Escuelas de Postgrado

A partir de los resultados del análisis se logra visualizar el poco conocimiento que existe sobre la capacidad y la producción de las Escuelas de Medicina que aportan con cupos de formación de postgrado en la Política Pública, lo cual afecta en la posibilidad de ir aumentando los cupos de formación.

Del análisis se desprende los efectos que genera que la Política Pública de Formación de Especialistas no posea un estudio acabado sobre las variables que impactan en la capacidad formadora de las Escuelas de Postgrado, y cómo esto también afecta en los valores de arancel que paga el Estado por beca.

Los efectos de este desconocimiento generan dificultades en consensuar los intereses de las universidades; regular la relación docente; mantener estándares de calidad en la formación; y la posibilidad de crear proyectos de Escuelas de Medicina en Regiones. El siguiente diagrama muestra la relación anteriormente mencionada:

Ilustración 4: Dificultades del desconocimiento de la capacidad formadora



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados del análisis mediante el programa Atlas ti.

La capacidad y producción de trabajadores sanitarios depende de la infraestructura física, los recursos humanos, los recursos financieros, los medios organizativos y operacionales, y otros recursos físicos no infraestructurales. Los diversos componentes de capacidad inciden en producción global, es decir en el número, tipo y la cantidad de los profesionales que se gradúan en el centro. Conociendo estos componentes se puede reducir o aumentar la capacidad institucional de producir nuevos tipos de trabajadores sanitarios. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 46).

En este sentido, el desconocimiento en los costos reales que tiene cada centro formador en cuerpos docentes, tutores, infraestructura; etc., genera que el Minsal no logre **consensuar de forma adecuada los intereses de universidades**, y por ello:

- Las universidades son las que fijan la oferta y valor por arancel: Minsal pierde la posibilidad de negociar cupos de formación de postgrado en base a valores de arancel que sean costo eficiente para el Estado.

- Existe competencia en la formación entre universidades tradicionales y nuevas: existe diferencia de arancel entre universidades del CRUCH -Consejo de Rectores Universidades de Chile- y las privadas que genera desincentivos para estas últimas.

Por otro lado, la capacidad formadora depende de la relación con los campos clínicos asociados. La **Relación Asistencial Docente – RAD-**, es el vínculo que se genera entre los Servicios de Salud y sus establecimientos de atención –primarios, secundarios y terciarios– y los Centros Formadores o Instituciones de Educación con el propósito de colaborar en el proceso de enseñanza de pre y post grado en situaciones reales de aprendizaje de salud. Este vínculo se encuentra normado, tanto por la legislación nacional al respecto, como también por la autoridad ministerial en el aseguramiento de la calidad de la atención y en el respeto de los derechos y deberes de las personas que se atienden en salud (Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, s.f.).

Si bien, desde el año 2012 existe la Norma General Técnica y Administrativa que regula la relación asistencial-docente, donde se establece los criterios para la asignación y uso de campos para la formación profesional y Técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (Resolución Exenta N° 254, Sgto. 09 de julio de 2012), con la necesidad de aumentar cupos de formación esta relación asistencial-docente se complejiza, surgiendo nuevos problemas como los estándares que debiese fijar la RAD; y el apoyo económico que comienzan a solicitar los centros formadores para el pago de horas docentes en Campos Clínicos. En este sentido, el Minsal al desconocer la capacidad formadora pierde la posibilidad de mejorar la relación con los campos clínicos asociados, y por ende aumentar los cupos de formación de postgrado.

La necesidad de aumentar la disponibilidad de médicos y médicos especialistas hace que el Minsal solicite a las Escuelas de Postgrado aumentar los cupos de formación, a tal punto que los centros formadores muestran resistencias a generar tal aumento que les impida mantener el estándar de calidad de la formación, ya sea porque ésta no viene de la mano con estrategias para aumentar su capacidad formadora (cuerpos docentes, mejorar infraestructura, etc.), o porque se considera que este aumento de oferta podría generar un desincentivo en los estudiantes a esforzarse en estudiar más, pues tienen más alternativas y cupos donde poder conseguir la especialidad.

Por último, desconocer la capacidad formadora hace lejana la posibilidad que se elaboren proyectos reales de **Escuelas de Medicina y Postgrado en regiones**, con el fin de descentralizar la formación, y a su vez, incentivar la mantención del especialista en zonas rurales o de menor desarrollo socioeconómico.

Sobre este punto, la OMS y el Enfoque de Ciclo de Vida Laboral recomiendan:

- *Ubicar las escuelas de medicina, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y otras ciudades importantes*, puesto que según extensos estudios realizados en países de ingresos altos y bajos indican que es más

probable que los graduados de estas escuelas y programas ejerzan en zonas rurales o desatendidas. En la misma línea, es importante que los centros formadores acerquen a los estudiantes a las comunidades rurales con el propósito de poner en contacto a los estudiantes de diferentes disciplinas sanitarias con las comunidades subatendidas y promover las prácticas clínicas rotatorias, ya que la experiencia puede influir positivamente en términos de captación y contratación de médicos que se desempeñen en dichas zonas.

Esto tiene relevancia, ya que la formación de Medicina habitualmente se realiza en centros de atención terciaria que cuentan con la tecnología de última generación, por lo que los jóvenes se acostumbran a dichas condiciones dificultando su desempeño en zonas donde no existen dichos instrumentos avanzados. En la medida **que los médicos tengan prácticas clínicas en zonas desatendidas** durante su formación estarán más capacitados para abordar problemas sanitarios propios de esas zonas. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 21 y 22). Los aspectos positivos de hacer prácticas clínicas en zonas desatendidas durante la formación no solo inciden en el aumento de conocimiento del trabajo a realizar, sino que también, en los vínculos que puede estrechar el estudiante durante dicho período. Las relaciones con la población de la localidad y los profesionales que ejercen allá, puede ayudar en el incentivo del médico a regresar a dicha zona, donde la existencia de tutores o instructores locales es un factor esencial para esta intervención. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 21 y 22)

- Realizar un **proceso de adaptación de los planes de estudio a las necesidades de las zonas subatendidas**. Esta medida implica examinar los programas de formación pregrado y posgrado para incorporar temas relacionados con la salud en el medio rural de modo de aumentar las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en dichas zonas y, por consiguiente, mejorar la satisfacción y la permanencia en el empleo. De acuerdo a datos disponibles, se indica que la formación centrada en la atención primaria o que se imparte desde una perspectiva generalista produce profesionales con voluntad de trabajar en zonas rurales y aptitudes para hacerlo. Hay datos emergentes de la **importancia de promover un marco de Responsabilidad Social** -que los programas educativos estén orientados a las necesidades sanitarias y sociales de dichas comunidades y que integre la investigación clínica con la investigación en salud de la población y ciencias sociales; que los cursos se dicten en las comunidades en las que se presta servicio y no principalmente en establecimientos universitarios u hospitales; se capta y capacita a los agentes de salud comunitarios para que actúen como profesores y tutores: la facultad pone el acento en el compromiso con el servicio público y sirven de modelo, entre otras medidas- en la educación médica en zonas subatendidas, para responder mejor a las necesidades de esas comunidades. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 20 y 21)
- **Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional** que se adecuen a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan, todo ello con el fin de estimular su permanencia. La Educación Continua y la **capacitación en técnicas avanzadas** (Obstetricia; Medicina de Urgencia; Cirugía, etc.) puede aumentar la confianza de los residentes en Medicina de Familia y equiparlos con aptitudes necesarias para la práctica en zonas desatendidas, ya que a menudo estos

profesionales no tienen el apoyo de especialistas. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 22 y 23), permitiéndoles de esta forma adquirir nuevos conocimientos, y a su vez, ofrece la oportunidad de interactuar con otros médicos y establecer redes profesionales. Por otro lado, se procura que este tipo de intervención considere *educación a distancia o el ciberaprendizaje*, ya que permite que las universidades ubicadas en zonas urbanas amplíen el radio en el que habitualmente captan estudiantes, y a que más estudiantes en zonas desatendidas accedan a la formación sin tener que cambiarse de residencia. (Organización Mundial de la Salud , 2011, pág. 23 y 24). De hecho, algunos estudios sugieren que

7.4.Sistema de Acreditación con estándares bajos

En Chile desde el año 2006 se cuenta con un Sistema de Aseguramiento de la Calidad (Ley N°20.129/2006), el cual establece un organismo encargado de promover y verificar la calidad de las Universidades e Institutos creando para ello la Comisión Nacional de Acreditación –CNA-, la cual busca el aseguramiento de la calidad, mediante la medición de la docencia y el aprendizaje de los estudiantes a un nivel específico de conocimientos y habilidades. Es importante mencionar, que en el caso de las carreras de medicina y pedagogías la acreditación es obligatoria a diferencia de las demás carreras donde las instituciones de Educación Superior son autónomas y se pueden someter a este proceso de forma voluntaria (Comisión Nacional de Acreditación -CNA-, 2021).

Dentro del proceso de acreditación existen tres tipos de acreditaciones: Acreditación Institucional -evaluar el cumplimiento de su proyecto corporativo y verificar la existencia de mecanismos eficaces de autorregulación y de aseguramiento de la calidad, así como propender al fortalecimiento de su capacidad de autorregulación y al mejoramiento continuo.-; Acreditación de Carreras -las carreras y programas de estudio contemplados son aquellos conducentes a los títulos profesionales de Médico Cirujano, Profesor de Educación Básica, Profesor de Educación Media, Profesor de Educación Diferencial y Educador de Párvulos-; Acreditación de Programas de Postgrado -magíster, doctorado y especialidades en el área de la salud tiene por objeto certificar la calidad de los programas ofrecidos por las instituciones autónomas de educación superior, en función de los propósitos declarados por la institución que los imparta y los criterios o estándares establecidos para este fin por la comunidad científica o disciplinaria correspondiente-. Las carreras de pregrado, programas de posgrado y especialidades del área de la salud que imparten dichas universidades, deben estar a su vez acreditadas por separado, para poder contar con una certificación de calidad que certifiquen sus procesos internos y resultados (Comisión Nacional de Acreditación -CNA-, 2021).

De acuerdo a lo anterior, debiese haber una relación directa entre capacidad formadora y Acreditación de las Universidades y sus correspondientes Programas de Postgrado. La falta de conocimiento en la primera, también se refleja en la segunda donde no existe requisito dentro del financiamiento de cupos de postgrado que éstos estén acreditados, pues se indica como justificación para ello el sentido de urgencia, donde la prioridad es aumentar la cantidad de médicos y médicos especialistas en el corto plazo.

En general se puede indicar que los estándares de acreditación eran bajos, por ello en mayo de 2018, mediante la Ley N° 21.091 se dispuso cambios sustantivos al Sistema de Educación Superior, y al Sistema de Aseguramiento de la Calidad y la Acreditación, donde en particular para esta última, los cambios se concentran en las dimensiones - área en que las instituciones de educación superior son evaluadas en la acreditación institucional, conforme a criterios y estándares de calidad-; criterios - elementos o aspectos específicos vinculados a una dimensión que enuncian principios generales de calidad aplicables a las instituciones en función de su misión-; y estándares -descriptor que expresa el nivel de desempeño o logro progresivo de un criterio. Dicho nivel será determinado de manera objetiva para cada institución en base a la evidencia obtenida en las distintas etapas del proceso de acreditación institucional-, para la acreditación que tendrá definición legal para cada uno de estos términos (Comisión Nacional de Acreditación, 2020, pág. 2).

Respecto a las definiciones que se proponen, estas son: 1. Docencia y resultados del proceso de formación; 2. Gestión estratégica y recursos institucionales; 3. Aseguramiento interno de la calidad; 4. Vinculación con el medio; 5. Investigación, creación y/o innovación. Las primeras cuatro son obligatorias, y la última es voluntaria y permite acceder a la acreditación de excelencia por siete años. Cada dimensión está constituida por criterios que contiene un conjunto de elementos relacionados entre sí, y que enuncian principios generales de calidad. Cada una de estas dimensiones deben entrar en vigencia en el año 2022 (Comisión Nacional de Acreditación, 2020, pág. 10).

7.5.Reconocimiento de título y autorización para ejercer contempla políticas pasivas para los médicos extranjeros

Para que un médico pueda ejercer la medicina en Chile debe rendir el EUNACOM –Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina-, el cual es un examen teórico-práctico que se aplica desde el año 2009, cuya implementación y desarrollo está a cargo de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile –ASOFAMECH-.

La aprobación de este examen permite que un médico pueda:

- Ser contratado en cargos médicos en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud
- Ser contratado en establecimientos de salud municipal
- Otorgar prestaciones a beneficiarios FONASA en modalidad de libre elección
- Postular a programas de especialización médica

En el caso de médicos extranjero, la aprobación significa la revalidación automática del título de médico obtenido en el extranjero.

La relación del EUNACOM con la necesidad de formar especialistas no ha generado dificultades para aumentar el número de especialistas chilenos, pues el porcentaje de aprobación de los médicos nacionales es satisfactorio. Sin embargo, el examen si genera resultados menos satisfactorios para médicos extranjeros, pues su porcentaje de aprobación es menor. Por ejemplo, durante los años 2015 y 2017 la tasa de aprobación del EUNACOM según el país de origen del título de quienes lo rinden, mostró un 90% de aprobación para médicos chilenos, y un 35% para médicos extranjeros. Sin embargo, si bien existe una diferencia, las cifras han ido mostrando una tendencia de aumento de aprobación para ambos grupos en especial desde el año 2013 al 2017. De esta forma, quienes se titularon en Chile subieron de los 1.290 de 2013 a 1.677 en el 2017. Por su parte, los titulados en el extranjero aumentaron la cantidad de aprobados de los 60 casos del 2013 a 1.554 en el 2017 (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile -BCN-, 2017, pág. 4).

Pese a las críticas por las mayores exigencias que tendría el examen para los médicos extranjeros, este examen busca ejercer control de calidad de trabajadores de salud. Según la OMS, los países realizan este control con el fin de depurar los trabajadores no calificado, donde para determinados grupos profesionales, el control de la calidad de cada trabajador se basa en el hecho de haberse graduado en una institución docente acreditada, mientras que para otros el requisito es aprobar un examen nacional de competencia profesional.

La llegada de médicos extranjeros a nuestro país ha sido una alternativa de solución que han tomado varios municipios para subsanar la falta de médicos en la APS, en este contexto los CESFAM han contratados médicos sin EUNACOM. A la fecha, Contraloría General de la República permite de forma excepcional la contratación de médicos extranjeros que no hayan rendido el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina con el objetivo de garantizar el derecho a la salud en el contexto de la crisis sanitaria COVID 19.

La recomendación que realiza la OMS y el Enfoque de Ciclo de Vida Laboral sobre este punto son:

- Evaluar la evolución del número de reconocimientos de títulos y autorizaciones de ejercicio expedidos, con el fin de identificar si éstos generan dificultades en la Fase de Entrada de profesionales al Sector Público de Salud (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 48). Asimismo, sugiere que existan.
- Impulsar políticas migratorias activas (cuando el Estado publica ofertas en el extranjero, envía a personas encargadas de contratar personal o negocia acuerdos bilaterales con otros países), y a su vez, reconocer el derecho de cada trabajador a migrar, y condenar las prácticas de contratación poco éticas que explotan a los trabajadores sanitarios o los inducen a aceptar responsabilidades y condiciones laborales incompatibles con sus calificaciones, capacidades y experiencia. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 47)

7.6. Sistema de Contratación ineficiente

Las posibilidades de contratación que ofrece la Política Pública de Formación de Especialistas para mejorar la retención se centran principalmente en el Período Asistencial Obligatorio, el cual dura seis años. Dado que el objetivo de este Plan es mejorar la disponibilidad y distribución de médicos y Médicos EDF en el país, un PAO de seis años es una alternativa de solución efectiva a corto plazo, pero débil pensando en opciones con mayor proyección. De esta manera, el sistema de contratación es ineficiente.

A partir de los resultados del estudio, se identifican tres variables relevantes que influyen en la contratación laboral, y que el Plan de Formación de Especialistas debiese revisar: Ciclo con cargos para Médicos Especialistas; Lógica territorial; y Gestión de Recurso Humano.

Respecto a la variable **Ciclo con cargos para Médicos Especialistas** se hace referencia a la necesidad de que el Ciclo ofrezca alternativas contractuales a largo plazo para quienes se formaron como especialistas con becas del Estado. El ciclo se concentra en alternativas contractuales para el Médico recién egresado que hace desempeño previo a la especialización (Médico EDF) y para quienes hacen desempeño después de la especialización –PAO-, pero no ha desarrollado alternativas para este recurso humano médico que se formó con recursos estatales, a largo plazo.

Si bien, el Sistema Público de Salud tiene algunos concursos disponibles para acceder a cargos, estos se liberan cuando existe una renuncia, o bien, por la jubilación de un médico. Pero lo que se requiere, es que exista una relación de opciones contractuales con la cantidad de médicos que se forman como especialistas, y que estos tengan opciones reales de ser contratados en algún establecimiento público de salud, y no sea su única alternativa el desempeño en el sector privado.

Asociado a la disponibilidad de cargos para especialistas en la Red Pública de Salud, se requiere mejorar los incentivos de desarrollo profesional y remuneracionales, especialmente en la Atención Primaria de Salud, para que médicos y médicos especialistas proyecten su desempeño en este nivel, y no sea solo un período de transición para acceder a una beca o para conseguir una mejor alternativa en un establecimiento de mayor complejidad público o privado.

En relación a la **lógica territorial**, los resultados proponen poner de relieve la necesidad que el Plan mejore sus alternativas contractuales mediante un análisis exhaustivo y actualizado de brecha de médicos y médicos especialistas que permita detectar las localidades, comunas y ciudades que requieren médicos generales, y qué tipo de especialistas requieren en base a Listas de Espera.

Asociado a detectar las comunas que tienen mayor brecha, es fundamental que se comience a trabajar intersectorialmente con Ministerio de Vivienda y Urbanismo; Gobiernos Regionales y Municipios, de manera de promover el desarrollo local, y de esta manera médicos y médicos especialistas vean como una alternativa vivir en zonas rurales o en regiones del país. Que se

ofrezcan opciones de vivienda, educación, turismo, que permitan una mejor calidad de vida para ellos y su familia.

Por último, con la variable de **Gestión de Recursos Humanos** se da la importancia al rol del Referente de Formación de los Servicios de Salud, de manera que se haga seguimiento a estos profesionales en cada una de las Etapas del Ciclo, y no se concentre solamente en generar los contratos, convenios, y difusión del concurso disponible para acceder a becas. El propósito es que estos Referentes de Formación trabajen en conjunto con el Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas de los Servicios de Salud, Departamentos de Salud Municipales, Equipos Directivos de Establecimientos APS y Hospitales, y a su vez, tenga contacto con los centros formadores y las Escuelas de Postgrado donde realizan la becas los profesionales, de manera de poder gestionar los inconvenientes que se generen en la destinación; Formación o PAO.

Asimismo, es necesario que el Minsal desarrolle un rol activo en hacer seguimiento de los profesionales en cada una de estas Etapas, de manera de establecer mejoras y ofrecer alternativas de solución ante problemas que levanten los Servicios de Salud, por ejemplo, en solicitudes de cambios de destinación, problemas de adaptación en los Programas de Postgrado, falta de insumos para desarrollar la especialidad en un PAO, entre otros. La perspectiva general del Referente del Minsal, permite gestionar estas soluciones en todos los niveles, ofreciendo soluciones oportunas y reales.

El rol activo del Referente de Formación en estas áreas, se suma a la urgente necesidad de retener a estos profesionales una vez culminado su ciclo. Ofrecer alternativas de contrato, e intencionar que se gestionen cupos para profesionales que han tenido un buen desempeño en las Destinaciones y Etapa de Formación. En otras palabras, se sigue actualizando el perfil de este Referente, y empoderar su rol en concordancia a tener una visión de gestión de personas durante este ciclo de Formación y Destinación.

Recomendaciones OMS:

- Realizar seguimiento a la contratación de los trabajadores sanitarios recién formados en el mercado laboral del sector sanitario nacional a fin de reducir las ineficiencias del sistema de contratación, identificar los posibles desfases entre oferta y demanda de trabajadores sanitarios, y supervisar los logros de la planificación del personal de salud.
- Generar las instancias para que los trabajadores tengan la posibilidad de solicitar puestos específicos con criterios de selección claros, por lo que es necesario que los gobiernos mejoren la eficiencia del mercado laboral sanitario creando portales de empleo gratuitos y de fácil acceso que permitan anunciarse a todos los que demandan u ofertan trabajo. (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 49)

8. PROGRAMA EDF: UNA ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA ESTRATEGIA DE RETENCION DEL PLAN

Del análisis del Plan de Formación de Especialistas se considera que su debilidad se concentra en la falta de considerar estrategias que apunten a mejorar la formación teórica y práctica previa al ejercicio profesional del médico, pues su foco es principalmente el subsidio de la formación con destinos obligatorios, dejando de lado aspectos tan relevantes como la motivación de los profesionales a desempeñar funciones en la Red Pública de Salud.

Pese a lo anterior, el Programa EDF es una alternativa diferente. Este Programa que se creó en el año 1955, tiene su gran valor en la Etapa de Destinación previa a la especialización, cuyo desempeño por un tiempo de al menos tres años tiende a mejorar debilidades que existen en el proceso de formación teórico y práctico de los médicos, dejando en los profesionales un mayor conocimiento de la APS y una experiencia con la comunidad que permite que su inicial perfil de egreso de pregrado se complemente con el modelo APS generando un nuevo perfil, y por tanto, es una estrategia que, con ciertos ajustes, podría mejorar la política de retención del Plan.

En este contexto, se procede a analizar cómo el Programa EDF, en particular la Etapa de Destinación, ofrece alternativas que apuntan a generar perfil de “agente” de salud pública y formación centrada en la comunidad, lo cual permitiría que estos médicos tengan una mayor probabilidad de permanecer en el Sector Público en el escenario de contar con cargos una vez culminada su Etapa de Formación.

8.1.Desempeño en la APS: importancia de los rubros y criterios de evaluación para acceder a la especialidad

Durante la destinación se mezclan dos variables que ayudan a construir un Perfil de Agente de Salud Pública en los Médicos EDF. Por un lado, está la experiencia del médico en la APS que se da fruto del vínculo con la comunidad, y, por otro lado, el cumplimiento del médico durante su desempeño en la APS, de los rubros que le dan puntaje para acceder a la especialidad de su interés.

La llegada de Médicos EDF genera una gran alternativa para los Servicios de Salud a nivel país, y para la Atención Primaria de Salud en particular, pues significa contar con un médico general por al menos tres años. En las localidades una vez que se enteran de la cantidad de médicos que recibirán, los Directores de Servicios de Salud y/o Alcaldes de cada comuna anuncian la llegada de estos profesionales y realizan actos para presentarlos a la comunidad. Mientras menor sea la cantidad de médicos que tenga una comuna, más valorados son los médicos transformándose en líderes o referentes para la comunidad.

Si bien, sus funciones principales son desempeñarse como médico general, desarrollando actividades principalmente asistenciales que impliquen atención integral de los pacientes, éstos

también, tienden a desarrollar funciones directivas o de administración en los establecimientos de salud (Directores o Jefes de Sector de los CESFAM) (Ley 19.664, 2000) (Dto. N° 788, 2000). Pero más significativo aún, se involucran en las actividades de los territorios, siendo éste vínculo más fuerte en áreas lejanas y rurales, donde la población es menor y, por ende, la relación del médico más cercana con la comunidad.

En este sentido, las funciones del médico se fortalecen con el vínculo comunitario de forma natural, pero esta es más fructífera gracias al incentivo del médico en especializarse. En este contexto cobran relevancia los rubros que otorgan puntaje al Médico EDF para acceder a la especialización, los cuales se especifican en las bases del concurso de forma anual. Los rubros son los criterios de evaluación que permiten calificar y otorgar puntajes a cada postulante de acuerdo a su desempeño en la Etapa de Destinación. A la fecha existen diez rubros que en su totalidad otorgan un máximo de 70 puntos, los cuales se desglosan en el siguiente cuadro:

Tabla 8: Rubros y criterios de evaluación Médicos EDF

N°	Rubro	Puntaje
1	Antigüedad como Médico en la Etapa de Destinación, cuyo ingreso se haya realizado mediante el Art. 8° ley 19.664	13,00
2	Médico Único	4,00
3	Funciones de Gestión	8,00
4	Trabajo en Posta Rural e insularidad	8,00
5	Trabajo en urgencia	4,00
6	Nivel de Dificultad del Desempeño	10,00
7	Trabajos de Investigación	6,00
8	Cursos de Perfeccionamiento	7,00
9	Organización de Actividades en la Comunidad o en la Labor Asistencial	6,00
10	Actividades Docentes	4,00
	Total	70,00

Fuente: Res. Exenta N° 702 del 10 de noviembre de 2020, del Ministerio de Salud: Aprueba bases “Proceso de selección para acceder a cupos en Programas de Especialización año 2021, para Médicos Cirujanos contratados por el Art° 8 de la Ley 19.664”. (Ministerio de Salud , 2020, pág. 13)

Como se puede apreciar en el cuadro precedente, el rubro que más otorga puntaje es el de **Antigüedad como Médico en la Etapa de Destinación**, el cual tiene un puntaje máximo de 13 puntos, donde a mayor cantidad de tiempo en la destinación mayor puntaje en este rubro. En este sentido, el Plan busca incentivar la permanencia de los médicos por el mayor tiempo posible, el cual puede ser hasta los seis años. Relacionado con este rubro, y el segundo de mayor puntaje (10 puntos), es el Rubro de **Nivel de Dificultad del Desempeño**, donde se califica al postulante en base a nivel de dificultad que tenía el CESFAM o plaza de destinación donde cumplió funciones como Médico EDF, el cual está determinado por letras -A, B, C, D, E- donde la letra A es de mayor

dificultad y, por ende, otorga mayor puntaje. Estos niveles de dificultad los define la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y en cada concurso se publican, de manera de estimular que los médicos tomen plazas con mayor dificultad, que suelen ser aquellas de zonas rurales o de menor desarrollo socioeconómico, menor conectividad o condiciones de aislamiento, entre otros factores.

Seguido de estos rubros se encuentra el rubro de **Funciones de Gestión** y rubro **Trabajo en Posta Rural e Insularidad**, donde cada uno tiene un puntaje máximo de 8 puntos. El primero se relaciona con las funciones ejercidas como Directivo (Director, Jefe de Sector, Encargado de Programa, etc.), donde las de mayor responsabilidad, como Director, otorgan mejor puntaje. Por otro lado, la misma importancia expresada en puntajes se otorga a las funciones realizadas en postas rurales, donde el médico debe demostrar una rotativa programada de asistencia a estas postas, en que de acuerdo a la periodicidad y distancias de estas postas es el puntaje que se le asigna.

Un área que también le da importancia el Plan son los **Cursos de perfeccionamiento** (puntaje máximo de 7 puntos) relacionados con el área de la salud, donde se otorga puntaje según horas pedagógicas que entrega cada curso de capacitación realizado por el Médico EDF. Es importante señalar, que el Programa EDF contempla una línea de formación continua dirigida para los profesionales que están esta etapa a nivel nacional, de manera de complementar su formación, y a su vez, corregir las falencias de formación asociadas a un desempeño pertinente para el área pública. Estos cursos se otorgan de forma anual, y fue una estrategia que diseñó e implementó el MINSAL en conjunto con los Médicos Generales de Zona –MGZ-, nombre de la agrupación de los Médicos EDF. Relacionado con la generación de conocimiento, los rubros contemplan la otorgación de puntaje por **Trabajos de Investigación** que realicen los médicos, o publicaciones presentadas en Congresos o Revistas relacionadas con el campo de la Medicina, pudiendo llegar a un puntaje máximo de 6 puntos.

Pero el Programa no solo busca estimular el conocimiento y aprendizaje del mismo médico, sino que, también, el de la población. Por este motivo, el rubro de **Organización o participación en proyectos, programas o acciones** tendientes a mejorar el nivel de salud de la población o mejorar el nivel organizacional del establecimiento puede llegar a otorgar un puntaje de 6 puntos, siendo relevante dentro de la tabla de puntajes. En este sentido, se considera dentro de este rubro toda labor de desarrollo comunitario en la que el profesional haya logrado estimular a autoridades, a la población, y otros actores, a tomar iniciativas e interesarse por actividades que mejoren el nivel de salud.

Los rubros que menos puntaje otorgan, pero que no dejan de ser significativos, son el de Médico Único; Trabajo en Urgencia; y Actividades Docentes. Con la implementación del Plan de Formación de Especialistas la cantidad de **Médicos Únicos** en establecimientos de salud disminuyó, pero aún permanecen en algunos centros de salud, lo cual otorga un puntaje de 4 puntos si logra demostrar que cumplió funciones como Médico Único de la localidad, siendo una forma de reconocer el trabajo desempeñado, sobre todo en zonas de mayor aislamiento donde generalmente se encuentran centros con médicos únicos. De la misma manera, se busca incentivar el desempeño de los Médicos en establecimientos de **Urgencia** Hospitalarios o de menor complejidad como SAPU, SAR y SUR, en la medida que se demuestre que están unidos a una

rotativa de turnos, pudiendo llegar a obtener 4 puntos por este rubro. Finalmente, se encuentran el rubro de **Actividades Docentes** (4 puntos máximo), que se refiere a la participación en actividades docentes, de capacitación, o Programas de desarrollo de Recursos Humanos de tipo universitario o institucional, no remuneradas. El rubro contabiliza por cada actividad que se divide en Docencia Universitaria (Profesor guía de alumnos de Medicina) o Institucional (capacitación o adiestramiento a personal de la red asistencial), donde esta última puntúa el doble que la universitaria.

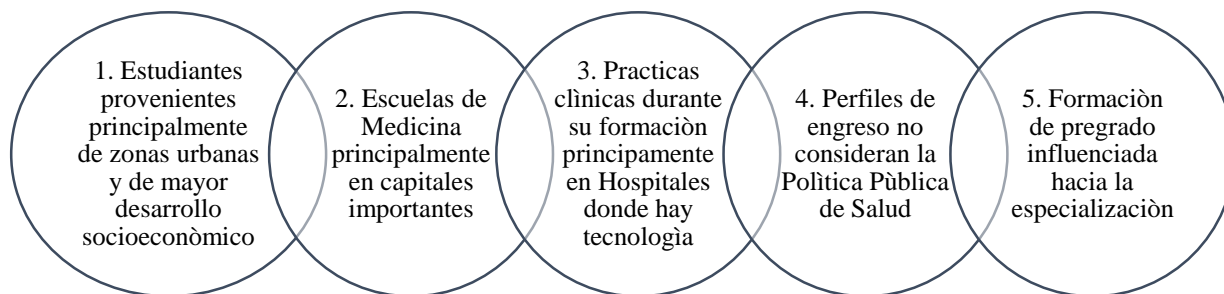
En base a estos criterios de evaluación el Médico EDF va desarrollando su práctica como Médico General en los centros de salud, conoce del Modelo de Salud Familiar, y de sobre manera conoce la realidad de Salud Pública, mediante un vínculo que se comienza a desarrollar con la comunidad. El tiempo de desempeño en las plazas de destinación es clave para que se subsane la falta de rotativas y prácticas clínicas en establecimientos públicos y de mayor vulnerabilidad socioeconómica durante su período formativo. El tiempo de tres a seis años permite que el médico se involucre en la comuna, conozca la red asistencial, se relacione con la comunidad, y muchas veces, forme un vínculo amoroso que incentive su permanencia en la zona.

8.2. Médico EDF: el paso de un perfil de pregrado a un perfil de Médico EDF

Los médicos que ingresan a ser EDF provienen de diversas Universidades, vale decir existen distintos perfiles de egresos de acuerdo al Plan de Formación de cada Escuela de Medicina que ingresa al Programa EDF, los cuales se caracterizan por dar mayor importancia a la especialización y al desempeño en nivel terciario o hospitales de mayor complejidad, por sobre la relevancia de desempeñarse en el nivel primario de atención, cuyo quehacer se concentra en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, centrando la atención en las personas y en su entorno como espacios generadores de salud y/o enfermedad (Academicos de U. de Chile; U. de Valparaiso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago, Mayo 2021, págs. 7-8).

En este sentido, las problemáticas de los procesos formativos teóricos y prácticos que inciden en la dificultad de distribuir médicos y médicos especialistas a lo largo de nuestro país, se pueden resumir en estas cinco variables, las cuales tienen a generar un perfil de médico desapegado de la realidad y necesidades de la salud pública de nuestro país.

Ilustración 5: Problemáticas de los procesos formativos teóricos y prácticos de nuestro país

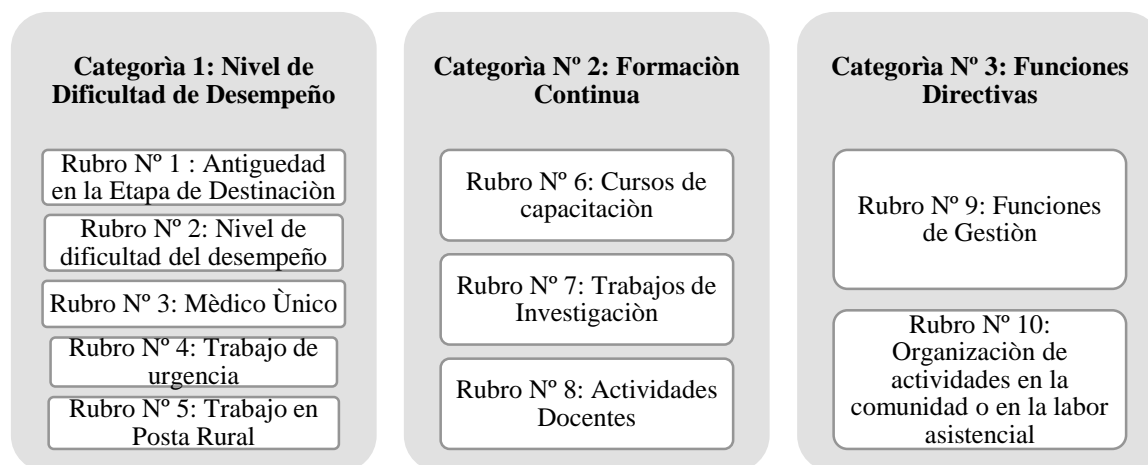


Fuente: Fuente: Elaboración propia producto de los resultados del análisis mediante el programa Atlas ti.

Como se muestra en la Ilustración N° 5, los estudiantes que cursan Medicina provienen principalmente de zonas urbanas y de mayor desarrollo socioeconómico, cuya formación de pregrado mantienen en el mismo contexto, ya que las Escuelas de Medicina están ubicadas principalmente en las capitales importantes del país, lo cual sumado a la falta de prácticas clínicas frecuentes y constantes por zonas de mayor necesidad de salud de la población durante su formación, generan un perfil de egreso de un médico alejado de la realidad y de las necesidades de salud de la mayoría de la población, y con una influencia hacia la especialización en desmedro al valor de desempeñarse en el nivel primario de atención.

Sin embargo, estas falencias con el Programa EDF y su Etapa de Destinación se atenúan con el desempeño del médico en la APS, y los rubros o criterios de evaluación que exige el Programa para que estos médicos puedan acceder a la especialidad de su interés los cuales se pueden agrupar en las siguientes categorías:

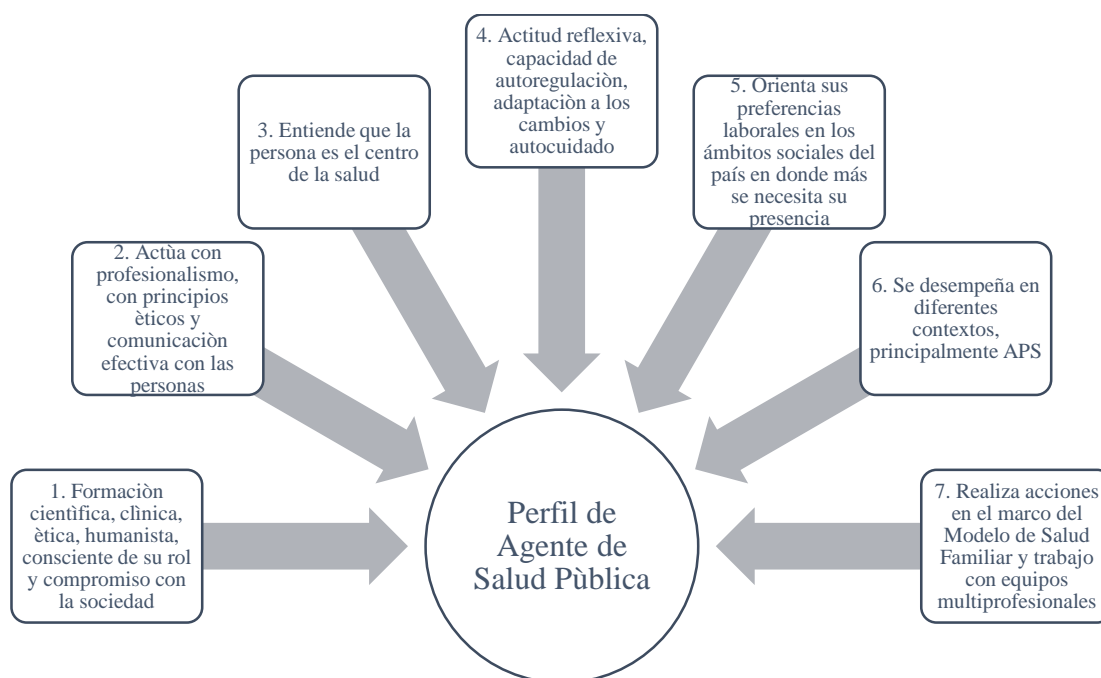
Ilustración 6: Categorías de los rubros de calificación



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados del análisis mediante el programa Atlas ti.

Los rubros son los criterios de evaluación para otorgar puntaje para el acceso a becas de formación. No obstante, su función implícita y de relevancia para el Estado es la de estimular al profesional a que se desempeñe por un tiempo prologado en la plaza de destinación, y que cumpla funciones en postas rurales y zonas de mayor dificultad de desempeño para que conozca la realidad de la Salud Pública; que conozca el Modelo de APS en base al cumplimiento de funciones directivas o de gestión del CESFAM; que mantenga un perfeccionamiento continuo para mejorar su desempeño en base a las necesidades de salud de la realidad local; que haga promoción de salud mediante trabajos de investigación o actividades docentes; y, de esta forma, se va ajustando un perfil de pregrado alejado de la realidad de la salud pública, a uno más cercado a la Política Pública de Salud, o perfil de Agente de Salud Pública.

Ilustración 7: Perfil de Agente de Salud Pública



Fuente: (Academicos de U. de Chile; U. de Valparaiso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago, Mayo 2021)

8.3. Programa EDF: una alternativa para mejorar la política de retención del Plan

El perfil del Médico EDF es un perfil de profesional diferente a los demás profesionales cuya formación de postgrado financia el Plan de Formación de Especialistas, es un perfil que se acerca al Perfil de "Agente de Salud" por su desempeño en las plazas de destinación y su cercanía con la comunidad de zonas rurales y de menor desarrollo socioeconómico.

Como indica la OMS, El hecho que la distribución geográfica del personal sanitario tienda a favorecer a las zonas urbanas y ricas por sobre las rurales y pobres, puede atribuirse en parte a factores ligados a la formación teórica práctica previa al ejercicio profesional:

- Comprenden el reclutamiento insuficiente de estudiantes con características que los inclinarían a trabajar para comunidades subatendidas,
- La formación de tipos de profesionales cuyas capacidades no se corresponden con las necesidades de dichas comunidades,
- La falta de contacto de los estudiantes en formación con poblaciones o servicios clínicos subatendidos,
- El hecho de que no se les inculque la conciencia de la obligación profesional para con dichas poblaciones y no se contrarresten sus percepciones de que el trabajo con ellas se asocia a menos prestigio y peores perspectivas de ingresos,
- La ubicación de las instituciones de formación también parece estar relacionada con la elección del lugar de ejercicio por parte de los graduados (Organización Mundial de la Salud, 2009, pág. 44).

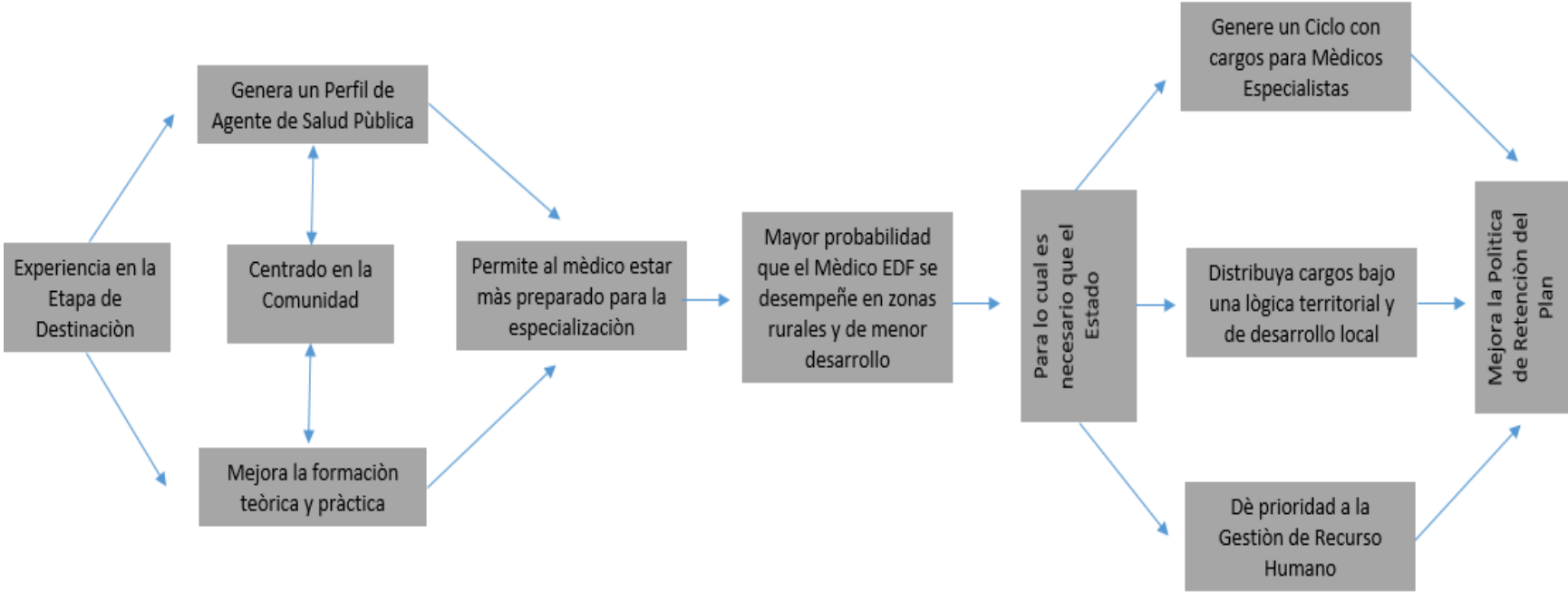
El Programa EDF y su aporte en contrastar dichas falencias ligadas a la formación teórica práctica previa al ejercicio profesional, es una justificación para que el Estado priorice la inversión de recursos en esta estrategia, y a su vez, mejore las posibilidades de contratación que ofrece la Política Pública de Formación de Especialistas para retener a este perfil de profesionales en la Red Pública de Salud. Hoy la principal línea de retención del Plan es el Período Asistencial Obligatorio, el cual ha tenido debilidades por la dificultad que se genera en estos médicos a cumplir funciones como Médicos Especialistas en establecimientos de salud que no tienen las mismas condiciones de infraestructura y equipamiento que las que tenían durante su pregrado y postgrado. En este sentido, la formación teórica y práctica alejada de la Política Pública de Salud y la falta de rotaciones o desempeño de estos médicos en la APS o Red Pública de Salud, dificulta el buen desempeño y permanencia de éstos en el Sector Público de Salud.

De esta forma, es fundamental que el Estado genere un **Ciclo con cargos para Médicos Especialistas**, donde se ofrezca alternativas contractuales a largo plazo para quienes se formaron como especialistas con becas del Estado, particularmente para los Médicos EDF, y que, a su vez, esta disponibilidad de cargos sea en base a una **lógica territorial**. Es primordial que se comience a trabajar intersectorialmente con Ministerio de Vivienda y Urbanismo; Gobiernos Regionales y Municipios, de manera de promover el desarrollo local, y de esta manera médicos y médicos especialistas vean como una alternativa vivir en zonas rurales o en regiones del país. Que se ofrezcan opciones de vivienda, educación, turismo, que permitan una mejor calidad de vida para ellos y su familia.

La disponibilidad de cargos y desarrollo del territorio, se debe enlazar con la importancia de priorizar la **Gestión de Recursos Humanos**, en especial la del rol del Referente de Formación de los Servicios de Salud, de manera que se haga seguimiento a estos profesionales en cada una de las Etapas del Ciclo, y no se concentre solamente en generar los contratos, convenios, y difusión del concurso disponible para acceder a becas. El propósito es que estos Referentes de Formación puedan gestionar los inconvenientes que se generen en la destinación; Formación o PAO.

La relación entre la Etapa de Destinación y la posibilidad de mejorar la política de retención se centra en el desarrollo de un perfil de agente de salud de los Médicos EDF, lo cual aumenta la probabilidad de que estos profesionales luego de su especialización tengan interés de desempeñarse en zonas rurales o de menor desarrollo socioeconómico. Es por este motivo, que la recomendación del presente estudio es que la Política de Formación de Especialistas diversifique sus estrategias de retención de personal, generando un Ciclo con cargos para Médicos EDF especialistas; distribuya estos cargos mediante una lógica de desarrollo territorial intersectorial; y, por último, establezca una línea de gestión de recurso humano orientada a la permanencia de estos profesionales en el Sector Público de Salud. Esta relación se resume en la siguiente ilustración:

Ilustración 8: Relación que existe entre Experiencia de Destinación del Médico EDF y la posibilidad de mejorar la Política de Retención del Plan



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados del análisis mediante el programa Atlas ti.

9. CONCLUSIONES

La estrategia para contribuir a mejorar al acceso y equidad de atención recibida por la población beneficiaria del Sistema Público de Salud de nuestro país, ha sido principalmente la entrega de subsidios de formación de postgrado con destinos obligatorios, vale decir mediante una intervención donde el Estado ofrece becas para la formación cuya contrapartida es la obligación de prestar servicio en zonas o plazas de destinación del país, para aumentar la contratación de médicos y médicos especialistas a nivel nacional.

La política pública que contempla esta estrategia es el Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el Sector Público de Salud, el cual durante los años 2014-2018 contempla el período de mayor inversión pública para financiar esta estrategia, llegando el año 2018 a un monto de M\$ 143.807.423.

Durante el segundo Gobierno de Michelle Bachelet, la meta que se fijó con este Plan fue incorporar a 1.000 nuevos médicos a la APS. De acuerdo al estudio de evaluación que realizó la Dirección de Presupuesto –DIPRES- en el año 2018, se señala que en el año 2014 había 875 médicos desempeñándose en la APS por cuenta del Programa EDF, y que a fines del año 2017 estos habían aumentado a 1.966 (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 27), por lo que a dicho año ya se había cumplido la meta propuesta. Respecto a la distribución de estos a nivel nacional se observa que se asigna en mayor proporción profesionales a servicios que tienen población con menores niveles socioeconómicos, por lo que el Programa de Médicos en Etapa de Destinación y Formación, muestra resultados efectivos de mejorar la falta de médicos generales en la Atención Primaria de Salud, a través de su Etapa de Destinación que contempla un período de al menos tres años en los centros de salud.

En cuanto a la Etapa de Formación de este Programa EDF, de acuerdo a datos aportados por el mismo Informe de la DIPRES, se financió la formación de 756 médicos EDF especialistas durante el mismo periodo (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 31), 756 médicos especialistas que no tienen la obligación de retornar al Sector Público de Salud, ya que este Programa reconoce como desempeño obligatorio la Etapa de Destinación como médico general de este profesional, y no así, como especialista.

En términos generales, durante el período de análisis indicado han ingresado a formación financiada por el Plan –CONISS, Concurso EDF, CONE APS, CONE Local, otras becas) 4.393 profesionales, de los cuales 1.288 habrían completado su formación en abril de 2018. Las áreas de especialidad que más cupos ofertan son Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, junto con Anestesiología y Psiquiatría Adultos, lo cual el Informe de Evaluación de la DIPRES concluye que es consistente con los antecedentes presentados en el estudio de brechas de especialistas (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 33). De esta forma, se observa

un incremento de la densidad de especialistas por habitante en el país, donde el rol del Plan ha sido relevante, ya que el 80% de las becas que ofrece el país en especialidades médicas son gestionadas por éste (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 34).

La principal estrategia que contempla el Plan para conservar a los médicos especialistas provenientes principalmente del concurso CONISS-becarios, es el Período Asistencial Obligatorio –PAO-, el cual es el tiempo que deben cumplir los especialistas una vez completada su formación de postgrado, que se realiza en establecimientos de la Red Pública de Salud. La DIPRES en su Informe de Evaluación del Plan, concluye que lamentablemente no es posible saber la cantidad de tiempo de PAO que lleva un médico, ni cuántos de ellos cumplieron el PAO establecido en el convenio por problemas serios de registro y control que tiene el Plan, pero, sí es posible indicar el número de profesionales que ingresaron a esta etapa de servicio obligatorio como especialista, donde se registra un aumento de 369 a 665 médicos, vale decir un incremento del 80% en la cantidad de PAO durante el periodo de tiempo evaluado (Dirección de Presupuesto, 2018, pág. 35).

En este sentido, la estrategia de financiar formación por servicios obligatorios es una alternativa que ha ayudado a la APS a contar con más médicos generales, pero que en el aumento de especialistas en la Red Pública de Salud ha sido insuficiente, y se sostiene solo en el PAO, que es por el doble de tiempo de la formación. Luego de ello no hay estudios que confirmen que estos médicos permanezcan en la red y ayuden a disminuir las listas de esperas a nivel nacional, que, a la fecha, y luego de la pandemia COVID 19, seguirán en aumento.

Mediante la revisión de los Programas de Gobiernos de Michelle Bachelet y el de Sebastián Piñera, es posible evidenciar que la preocupación fundamental de ambas administraciones ha sido reducir las listas de espera de atención, por sobre todo aquellas que son GES. Empero, la alta inversión que han realizado los gobiernos en la entrega de becas de formación de especialidad y las exigencias de devolución de trabajo en el Sector Público no han sido suficientes para reducir las listas de espera, situación que cobra mayor relevancia hoy donde las cifras de GES Retrasadas han aumentado considerablemente producto de la Pandemia.

En este contexto se justifica la revisión de los procesos de formación asociados a la Política Pública de Ingreso, Formación y Mantenimiento de Médicos y Médicos Especialistas, en específico del Programa de Médicos EDF Art. 8 de la Ley 19.664, pues una de las principales razones de que un país tenga falta o mala distribución del personal sanitario es que a su mercado de trabajo no ingrese un número suficiente de personas con la formación teórica y práctica adecuada.

Del análisis de los procesos relacionados con la formación de trabajadores sanitarios y el desarrollo de las instituciones que la imparten, se puede concluir que el Plan de Formación de Especialistas no contempla acciones tendientes a mejorar la formación teórica y práctica

de los médicos previo al ejercicio profesional, pues su foco es principalmente el subsidio de la formación con destinos obligatorios, dejando de lado aspectos tan relevantes como la motivación de los profesionales a desempeñar funciones en la Red Pública de Salud.

Los *criterios de admisión para acceder a la carrera de Medicina* son una de las problemáticas de los procesos de formación que se revelan del análisis, donde se concluye que estos *son exigentes y favorables para estudiantes provenientes de zonas urbanas y socioeconómicamente acomodadas*. En otras palabras, en nuestro país se capta a estudiantes que no son aptos para solucionar esta problemática, pues el ingreso de estudiantes provenientes de zonas rurales y de menor desarrollo socioeconómico a la carrera de Medicina se convierten en casos puntuales provenientes de alternativas de ingresos especiales donde el número de vacantes no es significativo para la problemática de falta de médicos y médicos especialistas en el país. Por otro lado, en nuestro país *el reclutamiento de estudiantes es pasivo*, siendo el principal problema la falta de difusión entre el colectivo de personas aptas, de parte de las instituciones educativas. Asimismo, no existe un “perfil” de agente de salud que esté formalizado y decretado, pese que en el año 2018 el Ministerio de Salud trabajó en el perfil de desempeño del Médico General en torno a las Redes Integradas de Servicio de Salud –RISS-. En este sentido, los perfiles de egreso de la mayoría de Escuelas de Medicina no consideran la política pública de salud, ni los objetivos sanitarios como eje movilizador de su formación.

Por otro lado, se logra observar el *desconocimiento que existe sobre la capacidad y la producción de las Escuelas de Medicina* que aportan con cupos de formación de postgrado en la Política Pública, lo cual genera que el MINSAL no logre consensuar de forma adecuada los intereses de las universidades, siendo éstas las que fijan la oferta y valor por arancel, generando, además, una competencia en la formación entre universidades tradicionales y nuevas. Por otro lado, desconocer la capacidad formadora hace lejana la posibilidad que se elaboren proyectos reales de Escuelas de Medicina y Postgrado en regiones, con el fin de descentralizar la formación, y a su vez, incentivar la mantención del especialista en zonas rurales o de menor desarrollo socioeconómico. Relacionado a la misma materia, se concluye que el *Sistema de Acreditación posee estándares bajos*, por ello en mayo de 2018, mediante la Ley N° 21.091 se dispuso cambios sustantivos al Sistema de Educación Superior, y al Sistema de Aseguramiento de la Calidad y la Acreditación, donde en particular para esta última, los cambios se concentran en los criterios y estándares de calidad, vale decir, elementos o aspectos específicos vinculados a una dimensión que enuncian principios generales de calidad aplicables a las instituciones en función de su misión; y el nivel de desempeño o logro progresivo de un criterio (Comisión Nacional de Acreditación, 2020, pág. 2).

La relación del EUNACOM con la necesidad de formar especialistas no ha generado dificultades para aumentar el número de especialistas chilenos, pues el porcentaje de aprobación de los médicos nacionales es satisfactorio. Sin embargo, el examen si genera resultados menos satisfactorios para médicos extranjeros, pues su porcentaje de aprobación

es menor. De esta forma, el ***reconocimiento de título y autorización para ejercer contempla políticas pasivas para los médicos extranjeros.***

Por último, las posibilidades de contratación que ofrece la Política Pública de Formación de Especialistas para mejorar la retención se centran principalmente en el Período Asistencial Obligatorio, el cual dura seis años. Dado que el objetivo de este Plan es mejorar la disponibilidad y distribución de médicos y Médicos EDF en el país, un PAO de seis años es una alternativa de solución efectiva a corto plazo, pero débil pensando en opciones con mayor proyección. Asimismo, el Plan contempla la formación de especialistas que luego no tiene la obligación de desempeñar funciones en sistema público, pero tampoco se contempla la disponibilidad de cargos para quien quiera mantenerse en la red de forma voluntaria. De esta manera, ***el sistema de contratación es ineficiente.***

Por todo lo anterior, la Política Pública de Formación de Especialistas carece de una mirada global para abordar la falta de médicos y médicos especialistas. Esta es una alternativa de solución a corto plazo, pero no cuenta con una política de retención de estos profesionales, por lo que su alta inversión pública no es del todo eficiente. En este sentido, es menester que el Plan comience a desarrollar acciones tendientes a mejorar aspectos de formación teórica y práctica de los médicos, y no solo se concentre a financiar becas, siendo para ello necesario desarrollar acciones multisectoriales, donde el Ministerio de Educación; Ministerio de Vivienda y Urbanismo; Alcaldías; Gobiernos Regionales; entre otros, se involucren en esta problemática de manera coordinada, y de esta forma proporcionen soluciones desde sus áreas que contribuyan a mejorar la falta y distribución del personal sanitario de nuestro país.

Pese a las debilidades descritas del Plan de Formación de Especialistas, ***el Programa EDF es una alternativa diferente por su Etapa de Destinación***, ya que contempla categorías – rubros de evaluación para acceder a la especialidad- como nivel de dificultad de desempeño; formación continua; y funciones directivas que implícitamente contribuyen a mejorar los procesos formativos teóricos y prácticos de los médicos EDF previo a su especialización. En cuanto al primero, los médicos reciben puntaje por el nivel de complejidad de su establecimiento; reciben un reconocimiento en puntos si son médicos únicos en su destinación; obtienen puntaje si realizan turnos de urgencia y; si asisten a postas rurales insulares. Este eje de dificultad de desempeño es en ocasiones una fuerte muestra de la realidad de atención de salud pública, más allá de los campos clínicos y residencias que cuentan con todas las condiciones para desempeñar funciones. En esta etapa el médico recién egresado debe demostrar sus conocimientos en condiciones complejas de tiempo, distancias, falta de movilización; y difíciles condiciones de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. No obstante, también, es una alternativa para de conocer las regiones de Chile, las particularidades de cada zona, y la comunidad que habita en ella.

Conocer la salud pública en terreno le permite obtener un conocimiento integral y real de los “determinantes sociales de salud”²¹.

Dado que el desempeño es complejo, el Programa asigna puntaje por cursos de capacitación relacionados a salud, trabajos de investigación, y actividades docentes que desarrollen; vale decir estimula que los médicos continúen perfeccionándose para que complementen sus estudios de pregrado con el conocimiento que les falta para desempeñarse en zonas con niveles de dificultad descritos en el punto anterior; y a su vez, estimula que los médicos cumplan funciones de gestión en los establecimientos de salud y/o desarrollen proyectos o acciones tendientes a mejorar el nivel de salud de la población o mejorar el nivel organizacional del establecimiento.

De esta forma, la Etapa de Destinación del Programa EDF se transforma en una alternativa para mejorar la política de retención del Plan, pues el médico estimulado por el puntaje para acceder a la especialidad de su interés desarrolla una comprensión en la práctica de la Política Pública de Salud, y en específico del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario que le permite mejorar su formación teórica y práctica, generando un perfil más cercano al de “agente de salud”, cuyas capacidades se corresponden con las necesidades de la comunidad. En este sentido, la experiencia de destinación es una posibilidad de desarrollo de un sentido de responsabilidad social en los médicos, que pudiese aumentar su interés de retornar o mantenerse en la red pública de salud una vez especialista. No obstante, esta alternativa podría ser viable, siempre y cuando, el Estado considere cargos para los Médicos EDF especialistas desde una lógica territorial, y a su vez, implemente dentro del Plan una línea de Gestión de Recursos Humanos que permita proyectar su estadía en el Sector Público de Salud.

²¹ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (Organización Panamericana de Salud, s.f.).

10. BIBLIOGRAFÍA

- 19.966, L. (2004). *Régimen de Garantías Explícitas*. Santiago, Chile.
- Academicos de U. de Chile; U. de Valparaíso; U. de Concepción; U. de la Frontera; y U. de Santiago. (Mayo 2021). *Hacia la Formación de Profesionales de Salud que Chile necesita*. Santiago: Universidades.
- Aguilar Villanueva, L. (1993). *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bachelet Jeria, M. (Octubre de 2005). Programa de Gobierno 2006-2010, Estoy Contigo. 23.
- Bachelet Jeria, M. (2006). *Programa de Gobierno 2006-2010*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Bachelet Jeria, M. (Octubre de 2013). Programa de Gobierno Michelle Bachelet, Chile de Todos, 2014-2018. 86-87.
- Becerra, C. (30 de Enero de 2015). *Agrupación de Médicos Generales de Zona -MGZ-*. Obtenido de MGZ: mgz.cl
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile -BCN-. (2017). *EUNACOM: últimos resultados y especialistas con permiso transitorio*. Santiago: BCN.
- Colegio Médico. (2020). *El impacto de COVID19 en el Sistema de Salud y propuestas para la reactivación*. Santiago: Colegio Médico.
- Comisión Nacional de Acreditación . (2020). *Criterios y Estándares 2022*. Santiago.
- Comisión Nacional de Acreditación -CNA-. (2021). *cnachile.cl*. Obtenido de <https://www.cnachile.cl/Paginas/Acreditacion-Postgrado.aspx>
- Dirección de Presupuesto. (2018). *Informe Final de Evaluación Plan de Ingreso, Formación, y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud*. Santiago.
- Easton, D. (1957). *Un Acercamiento al Análisis de los Sistemas Políticos*. Word Politics.
- Easton, D. (1965). *Esquema para el Análisis Político*. Nueva Jersey, Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall, Inc.
- El Mercurio. (12 de Febrero de 2021). *emol.com*. Obtenido de <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/02/12/1012030/Ranking-Colegios-Prueba-Transicion-PDT.html>
- Henríquez, J. (Junio de 2017). Limitaciones al acceso de las Garantías Explícitas en Salud -GES-. *Puntos de Referencia del Centro de Estudios Públicos -CEP*, 458.
- Juricic, B. (Marzo de 1975). La Salud Rural en Chile: Programa para atraer médicos a las zonas rurales. *Boletín de la Oficina Santinaria Panamericana*.
- Ley 19.966. (2012). Régimen de Garantías Explícitas. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile -BCN-*, <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>.

Medina Iborra , I. (2009). *¿Cómo medir la influencia de los grupos de interés?* Barcelona: Working Papers.

Ministerio de Salud . (2020). *Aprueba bases "Proceso de selección para acceder a cupos en Programas de Especialización año 2021, para Médicos Cirujanos contratados por el Art N° 8 de la Ley 19.664"*.

Ministerio de Salud. (2000). *Ley 19.664: Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley 15.076*. Ley, Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio de Salud. (2000). *Reglamento sobre ámbito de aplicación, dotaciones y plantas profesionales, e ingreso a la Etapa de Destinación y Formación de la carrera funcionaria de los profesionales funcionarios afectos a la Ley 19.664*. Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio de Salud. (2000). *Reglamento sobre ámbito de aplicación, dotaciones y plantas profesionales, e ingreso a la Etapa de Destinación y Formación de la carrera funcionaria de los profesionales funcionarios afectos a la Ley N° 19.664*. Departamento de Asesoría Jurídica.

Ministerio de Salud. (2004). *Ley 19.966: Régimen de Garantías en Salud*. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud. (4 de agosto de 2015). *Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud*. Recuperado el 6 de octubre de 2018, de www.minsal.cl/medicosespecialistas/

Monje Alvarez, C. A. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. Universidad Surcolombina, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas , Neiva .

Organización Mundial de la Salud . (2011). *Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de políticas*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030*. Organización Mundial de la Salud, Recursos Humanos, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/about/role/es/>

Patton, M. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage Publications.

Piñera Echeñique, S. (2009). Programa de Gobierno para el Cambio, el Futuro y la Esperanza, 2010-2014.

Piñera, E. S. (2018). Programa de Gobierno 2018-2022, Construyamos Tiempos Mejores para Chile. 113.

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2007). Enfoque de Competencias para la Atención Primaria de Salud Chilena: Modelo de trabajo para su desarrollo en el ámbito público. *Camino al Bicentenario: Propuestas para Chile*.

Radio UChile. (13 de Marzo de 2020). *Radio Uchile*. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2020/03/13/fin-de-la-psu-el-cambio-que-va-mucho-mas-alla-de-un-examen/>

Rebolledo, C. (Enero de 2019). (C. Portales, Entrevistador)

Romo, A. C., Valencia, S. M., & Sampieri, R. H. (2014). *Manual de Introducción a ATLAS.ti* 7. Univerisad de Celaya.

Salud, M. d. (Junio de 2018). Glosa 06 Lista de Espera No GES y Garantías de Opoertunidad GES Retrasadas.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. (s.f.). *redsalud.ssmso.cl*. Obtenido de <https://redsalud.ssmso.cl/unidad-de-relacion-docente-asistencial/>

Strauss y Corbin, A. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia .

Subsecretaría de Redes Asistenciales . (16 de Junio de 2017). *Proceso de Selección para acceder a cupos en Programa de Especialización año 2018 para médicos cirujanos contratados por el artículo 8 de la Ley 19.664*. Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2010). *Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile*. Subsecretaría de Redes Asistenciales y Banco Mundial, Departamento de Estudios de Recursos Humanos, Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Evaluación de Programas: "Política de Formación de Especialistas en Chile"*. Ministerio de Salud, División de Gestión y Desarrollo de las Personas , Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2017). *Bases Procesos de Selección de Médicos Cirujanos para el Ingreso a la Etapa de Destinación y Formación del Art. 8 de la Ley 19.664, y Concurso de Becas para Profesionales de la Última Promoción*. Ministerio de Salud, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2017). *Proceso de Selección para acceder a cupos en programas de especialización, para médicos cirujanos con desempeño en la Atención Primaria de Salud, contratados por la Ley N° 19.378 o por el Art. 9 de la Ley 19.664*. Ministerio de Salud.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Lista de Espera no GES y GES, solicitada en Glosa N° 6 Ley de Presupuesto del año 2018, correspondiente al mes de junio del año en curso*. Ministerio de Salud, División de Gestión de la Red Asistencial, Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Plan de Ingreso, Formación y Retención de Médicos, Odontólogos y Especialistas. Logros y Desafíos*. Ministerio de Salud, División de Gestión y Desarrollo de las Personas .

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Proceso de Selección para acceder a cupos en Programas de Especialización para Médicos Cirujanos regidos por el Art. 9 de la Ley 19.664, por la Ley 19.378 o por la Ley 15.076 -CONESS-*. Ministerio de Salud, Santiago.

Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL. (2021). *Informe Glosa N° 06 Ley N° 21.192 de Presupuesto del año 2020, correspondiente al cuarto trimestre del presente año*. Santiago.

Universidad Católica de Chile. (2021). *Admisión e Información al Postulante*. Obtenido de <https://admisionyregistros.uc.cl/futuros-alumnos/admision-centralizada/requisitos-postulacion-admision-centralizada#promedio-prueba-de-transici%C3%B3n-m%C3%ADnimo-y-puntaje-ponderado-m%C3%ADnimo-de-postulaci%C3%B3n>

Universidad de Chile. (2021). *UChile.cl*. Obtenido de <https://www.uchile.cl/portal/admision-y-matriculas/admision-regular-pregrado/54687/cupos-supernumerarios-bea>

Universidad de la Frontera. (enero de 2016). *med.ufro.cl*. Obtenido de <https://www.med.ufro.cl/index.php/archivos/noticias/1361-resultados-del-eunacom-de-diciembre-2015-aumenta-aprobacion-de-titulados-en-chile-y-de-titulados-en-el-extranjero>

Valdivia, B. y. (2007). Reforma de Salud en Chile, El Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su Origen y Evolución. *Boletín Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile*, 31(2).

Valdivieso y Montero. (Agosto de 2010). *Scielo*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2018, de Scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800015

Zoio Portela, G. (2017). Recursos Humanos para la Salud: crisis global y cooperación internacional. *Instituto de Medicina Social, Universidad de Río de Janeiro*(7).

11. ANEXOS

Anexo A. Patologías garantizadas GES

80 PATOLOGIAS GES - MINISTERIO DE SALUD
01. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
02. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
03. Cáncer cérvico-uterino
04. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
05. Infarto agudo del miocardio
06. Diabetes Mellitus tipo I
07. Diabetes Mellitus tipo II
08. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
09. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colectectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años

80 PATOLOGIAS GES - MINISTERIO DE SALUD

40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricuspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori

Fuente: Superintendencia de Salud – Minsal: <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html>

Anexo B. “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí al 2030”. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Pág. 5.

Perspectiva	Acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible garantizando el acceso equitativo a un personal de salud capacitado y motivado dentro de sistemas de salud eficaces			
Objetivo general	<i>Garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal de salud mediante inversiones suficientes y la aplicación de políticas eficaces a nivel nacional, regional y mundial, con el fin de ofrecer una vida saludable a las personas de todas las edades y promover el desarrollo socioeconómico equitativo brindando oportunidades de empleo digno</i>			
Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los gobiernos a establecer modelos óptimos para el personal de salud con el fin de prestar unos servicios de salud integrados y centrados en la persona que respondan a las expectativas socioculturales de los pacientes, así como de reforzar la capacidad de compromiso y participación activa de la población en el proceso de producción de la atención sanitaria. • Garantizar el derecho de los trabajadores sanitarios a no sufrir discriminación por razón de sexo y violencia en el lugar de trabajo, así como un trabajo digno para todos. • Facilitar la integración de los servicios sociales y sanitarios mediante la adopción de un enfoque integral centrado en las necesidades de la población. • Promover la colaboración y solidaridad internacionales basadas en el interés común y la responsabilidad compartida, y garantizar que la contratación se lleva a cabo de acuerdo con principios éticos. • Suscitar el compromiso político y fomentar la colaboración entre distintos grupos y sectores, tanto públicos como privados, a fin de garantizar la eficacia de las medidas adoptadas en la esfera de los RHS. • Garantizar que el apoyo de la OMS en las cuestiones normativas y de cooperación técnica sea uniforme y se integre en todos los niveles organizativos. 			
Objetivos	1. Aplicar políticas de RHS con base científica para lograr la máxima repercusión con el personal sanitario actual, con objeto de garantizar a la población una vida saludable y una cobertura sanitaria universal eficaz y contribuir a la seguridad sanitaria mundial.	2. Alinear las decisiones sobre inversión en RHS adoptadas en el plano nacional y mundial con las necesidades actuales y futuras de los sistemas de salud y las exigencias del mercado laboral del sector sanitario, aprovechando al máximo las oportunidades de creación de empleo y crecimiento económico.	3 Fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales e internacionales en pro de un liderazgo y una gobernanza eficaces respecto de las medidas relacionadas con los RHS.	4. Velar por que el monitoreo y la transparencia de las medidas adoptadas en materia de RHS a nivel nacional y mundial se basen en datos, pruebas y conocimientos fiables y actualizados.
Metas mundiales	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 80% de los países habrán reducido a la mitad los niveles de disparidad en la distribución de los trabajadores de la salud existentes actualmente entre zonas urbanas y rurales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 80% de los países habrán asignado al menos un X% de su PIB a la formación, contratación, movilización y fidelización de trabajadores de la salud, dentro de un equilibrio que tenga en cuenta otras prioridades sanitarias y de desarrollo social. • Países de ingresos altos y 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: en 2030, el 80% de los países contarán con mecanismos institucionales para dirigir y coordinar de manera eficaz un programa intersectorial relativo al personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países: para 2030, el 90% de los países habrán establecido mecanismos para compartir datos sobre los RHS mediante cuentas nacionales del personal de salud, y comunicarán a la Secretaría de la OMS y publicarán con carácter anual los indicadores básicos relativos a los RHS.

		<p>medianos: para 2030, todos los países habrán atendido al menos un 90% de sus necesidades de personal sanitario con sus propios recursos humanos para la salud, y lo habrán hecho de acuerdo con las disposiciones del Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional del personal de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Países de ingresos bajos y medianos: para 2030, habrán creado, cubierto y mantenido al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales en los sectores de la salud y la atención social a fin de atender las necesidades no satisfechas en cuanto a la equidad y eficacia de la cobertura de los servicios de salud. • Países de ingresos altos: velar por que para 2030 todos los países de la OCDE puedan demostrar que han asignado al menos el 25% de toda la asistencia para el desarrollo destinada a la salud a los RHS. 		
Principales actividades de la Secretaría de la OMS para aplicar la estrategia	Elaborar orientaciones normativas, apoyar la investigación operacional para definir opciones normativas basadas en datos, y ofrecer cooperación técnica —con arreglo a las necesidades de los Estados Miembros— respecto de la capacitación del personal de salud, el ámbito de acción de las distintas categorías de personal, las estrategias de movilización y fidelización basadas en datos, y los enfoques adoptados para el control de la calidad y la mejora del rendimiento, incluida la reglamentación.	<p>Proporcionar orientaciones normativas y cooperación técnica —según las necesidades de los Estados Miembros— para la planificación y las previsiones en materia de personal de salud, el análisis del mercado de trabajo en el sector sanitario, y el cálculo de costos de las estrategias nacionales relativas a los RHS.</p> <p>Aumentar la recopilación de datos y la adopción de políticas macroeconómicas y de financiación que propicien una inversión mayor y</p>	<p>Ofrecer a los Estados Miembros cooperación técnica y fortalecer sus capacidades para que desarrollen las competencias básicas relativas a las políticas, la planificación y la gestión de los RHS.</p> <p>Fomentar la coordinación, armonización y responsabilización eficaces de la acción mundial en materia de RHS a través de la facilitación de una red de partes</p>	<p>Elaborar instrumentos, directrices y bases de datos relativos a los RHS, examinar su utilidad y mantenerlos actualizados.</p> <p>Poner en marcha un procedimiento para la presentación por los países de informes anuales a la Secretaría de la OMS acerca de un conjunto mínimo de indicadores básicos relativos a los RHS que sirvan de base para establecer un marco de desempeño y rendición de</p>

		más estratégica en los RHS.	interesadas y actores internacionales.	cuentas para esta estrategia.
			<p>Evaluar sistemáticamente las repercusiones para el personal de salud de las políticas y las recomendaciones técnicas presentadas a la Asamblea Mundial de la Salud y a los comités regionales.</p>	<p>Apoyar a los países para mejorar la calidad de los datos del personal nacional de salud y conseguir que sean completos.</p> <p>Racionalizar e integrar todas las obligaciones en materia de notificación que deben cumplir los Estados Miembros de la OMS en relación con los RHS.</p> <p>Adaptar, incorporar y asociar el monitoreo de las metas de la Estrategia mundial de RHS al nuevo marco de rendición de cuentas relativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.</p>

Anexo C. Algunos de los principales indicadores para el seguimiento y la evaluación de los recursos humanos para la salud. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Fuente: Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la salud. Año 2009. Pág. 32.

Indicador	Descripción	Numerador	Denominador	Cuestiones relacionadas con la medición o la comparabilidad
Indicadores básicos de los efectivos y la distribución de los RHS				
Efectivos (y densidad) de los RHS	Número total de recursos humanos para la salud (con respecto a la población)	Número total de trabajadores sanitarios en un determinado país	Población total del país	Definición y límites profesionales de los RHS, por ejemplo, por ocupación (p. ej., médicos, enfermeros, etc.), por sector de actividad o por formación –distinguiendo entre los recuentos de personal y los puestos de trabajo–
Combinación de capacidades	Distribución de los RHS por ocupación, especialización u otras características relacionadas con las capacidades	Número de médicos, enfermeros y parteros (u otras categorías de prestadores de servicios de salud)	Número total de trabajadores sanitarios	Clasificación ocupacional –distinguiendo entre los recuentos de personal y los puestos de trabajo (se ponderan estos según la equivalencia en tiempo completo de las horas de trabajo)
Distribución geográfica	Distribución de los RHS por ubicación geográfica	Número de trabajadores sanitarios en zonas rurales (u otras regiones epidemiológicas, administrativas o económicas)	Número total de trabajadores sanitarios	Definición de rural (u otra delimitación geográfica)
Distribución por edades	Distribución de los RHS por grupos etarios	Número de trabajadores sanitarios de un determinado grupo de edad	Número total de trabajadores sanitarios	
Distribución por sexos	Distribución de los RHS por sexos	Número de trabajadores sanitarios de sexo femenino (o masculino)	Número total de trabajadores sanitarios	
Indicadores de actividad de los RHS en la fuerza laboral				
Tasa de actividad	Proporción de los RHS que está actualmente activa en la fuerza laboral	Número de personas con capacidades relacionadas con la salud que están actualmente activas en la fuerza laboral	Número total de personas en edad de trabajar que tienen capacidades relacionadas con la salud	Clasificaciones ocupacionales o educativas, así como límites de edad para ser considerado parte de la fuerza laboral
Tasa de empleo/desempleo	Proporción de los RHS que está actualmente empleada (o desempleada)	Número de personas con capacidades relacionadas con la salud que están actualmente empleadas (o desempleadas)	Número total de personas con capacidades relacionadas con la atención de salud que están activas en la fuerza laboral	Definiciones de la participación en la fuerza laboral y la situación en el empleo

Anexo D: Cuestionario de Preguntas

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANALISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción de Componentes	Preguntas
1. Candidatos aptos para la formación sanitaria	El conjunto de personas aptas para la formación sanitaria especializada depende de los criterios de admisión de cada programa de formación o las políticas de requisitos de ingresos, y a la solidez del sistema de enseñanza de los planes de formación de pregrado en Medicina	<p>¿La política pública de Formación de Especialistas revisa los requisitos de ingreso de las Escuelas de Medicina, tanto del pregrado como del postgrado?</p> <p>¿La política pública de Formación de Especialistas prioriza el financiamiento de becas de Escuelas de Medicina que cuenten con requisitos de ingreso que estén acordes a los objetivos del Programa?.</p> <p>¿La política pública de Formación de Especialistas prioriza la captación de profesionales que provengan de zonas subatendidas, especialmente para el concurso de acceso a la destinación?</p> <p>¿Existen centros formadores que entreguen cupos especiales para estudiantes provenientes de zonas subatendidas para estimular el ingreso de éstos a la formación de Medicina General? De no existir, el Estado estimula que las universidades consideren estas estrategias -con programas de equiparación para no bajar el nivel de exigencia- para que más profesionales, sobre todos aquellos que provienen de zonas desatendidas, puedan acceder a la formación sanitaria, en especial en Medicina?.</p>

¿La beca de especialización que entrega el Estado contempla una ayuda económica para los estudiantes que provienen de zonas desatendidas que les permita cubrir los gastos básicos durante el período de estudios?

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANÁLISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción Componentes	Preguntas
2. Reclutamiento y Selección de los estudiantes	Reclutamiento de selección de los estudiantes debe ser activo, es decir debe contemplar un sistema de convocatoria para captar a postulantes y un sistema de evaluación para seleccionar al profesional más idóneo de acuerdo	¿La política pública de Formación de Especialistas contempla un perfil del futuro agente de salud rural que considere las competencias o características que debe cumplir el profesional?
		¿Cuáles son las características del perfil del médico EDF? Este perfil considera aspectos de lugar de procedencia, rasgos de comportamiento particulares, u otros factores de motivación) ?. De ser así, cuál es dicho perfil?.
		¿Cuál es el Plan de reclutamiento o convocatoria de los postulantes que cumplen con el perfil del Programa EDF para ambos concursos?
		¿La política pública de Formación de Especialistas realiza estrategias de difusión entre el colectivo de personas aptas para la especialización médica? Se considera personas aptas: estudiantes con características que los inclinarían a trabajar en comunidades subatendidas; profesionales cuyas capacidades se corresponden con las necesidades de dichas comunidades; estudiantes que provienen de regiones; etc.)

al perfil del cargo definido	¿El reclutamiento de la política pública de Formación de Especialistas estimula la postulación de estudiantes provenientes de regiones, zonas subatendidas, de procedencia étnica y género femenino?.
	¿La política pública de Formación de Especialistas considera acciones para orientar a los profesionales en cómo deben completar los formularios para postular al Programa EDF, es decir para los concursos de acceso a la Destinación y Formación?
	¿En qué consiste el Proceso de Evaluación y Selección para acceder a la Etapa de Destinación y Formación (ambos concursos), estos contemplan entrevistas, pruebas de conocimiento, pruebas psicológicas, etc.?
	¿En el caso del concurso de acceso a la especialidad, las Escuelas de Medicina cuentan con un Proceso de Selección adicional al que realiza el Programa EDF?. ¿Si es así, en qué consiste dicho proceso y cuáles son sus criterios de selección?.
	¿Una vez que se ha seleccionado a los profesionales existe un proceso de orientación para que firme el contrato o escritura pública, y donde se le explique el cargo a desempeñar, las funciones que realizará, la remuneración que recibirá, el tiempo que trabajará, y otros aspectos que sea necesario informar?
	¿La política pública de Formación de Especialistas considera un Plan de Inducción y Capacitación para que el nuevo personal se adapte lo más pronto posible al centro asistencial, y capacitarlo para que se pueda desempeñar correctamente en el nuevo puesto?
	¿El Programa considera un Plan de Orientación vocacional para que los beneficiarios escojan un área de especialización y un centro formador adecuado a su perfil?

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANALISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción Componentes	Preguntas
3. Acreditación de las instituciones de formación sanitaria	<p>Todas las instituciones públicas y privadas de formación en profesiones sanitarias han de estar acreditadas, para así garantizar que los trabajadores sanitarios y sus capacidades se corresponden con las necesidades del país en materia de atención de salud, y velar por la calidad de la enseñanza impartida</p>	<p>¿La política pública de Formación de Especialistas entrega becas de formación en instituciones públicas o privadas que no estén acreditadas?.</p> <p>¿Qué aspectos considera la acreditación de las universidades que incida positivamente en la formación de médicos para el Sector Público de Salud?</p> <p>¿Qué aspectos debe cumplir el centro formador para asegurar calidad en la enseñanza?</p>

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANALISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción Componentes	Preguntas
4. Capacidad y la producción de las instituciones de formación sanitaria	En la formación previa al empleo, la capacidad comprende las infraestructuras físicas, los recursos humanos, los recursos financieros, los medios organizativos y operacionales, y otros recursos físicos no infraestructurales. Los diversos componentes de capacidad inciden en la capacidad de producción global, es decir en el número, tipo y la cantidad de los profesionales que se gradúan en el centro. Conociendo estos componentes se puede	¿La política pública de Formación de Especialistas contempla el financiamiento de becas en universidades que no cuentan con la capacidad en infraestructura física, recursos humanos y financieros, medios organizativos y operacionales, y otros recursos no infraestructurales?
		¿Existe un plan estatal para estimule y ayude a las universidades a instalar Escuelas de Medicina en regiones, y así evitar la centralización de éstas?.
		¿La política pública de Formación de Especialistas financia más becas de Escuelas de Medicina que están en regiones, con el fin de estimular la permanencia del médico en dicha zona?. Si es así, cuáles son dichas universidades?.
		¿ La política pública de Formación de Especialistas revisa los programas de formación o mallas académicas de las Universidades que forman a sus especialistas? Dichos planes de formación se corresponden con las necesidades del país en materia de atención de salud?
		¿El Programa de Formación o malla curricular de las Escuelas de Medicina contemplan un marco de Responsabilidad Social -que los programas educativos estén orientados a las necesidades sanitarias y sociales de dichas comunidades y que integre la investigación clínica con la investigación en salud de la población y ciencias sociales; que los cursos se dicten en las comunidades en las que se presta servicio y no principalmente en establecimientos universitarios u hospitales; se capta y capacita a los agentes de salud

reducir o aumentar la capacidad institucional de producir nuevos tipos de trabajadores sanitarios	comunitarios para que actúen como profesores y tutores: la facultad pone el acento en el compromiso con el servicio público y sirven de modelo, entre otras medidas-?
	¿El Programa EDF prioriza el financiamiento de becas que contemplen en sus programas la conciencia de la obligación profesional para con la población subatendida?
	¿Existe un trabajo en conjunto entre las Escuelas de Medicina y el Ministerio de Salud para adaptar los planes de estudio a las necesidades de las zonas subatendidas, para por ejemplo incorporar temas relacionados con la salud en el medio rural de modo de aumentar las aptitudes de los agentes de salud, y por ende la satisfacción y permanencia de los profesionales?
	¿Los programas de formación de las Escuelas de Medicina que considera el Programa EDF contemplan prácticas clínicas rotatorias en zonas desatendidas, con el fin que estén capacitados a trabajar con instrumentos básicos y no los de última generación que tienen en la universidad u hospitales; y a su vez , puedan desarrollar vínculos con la población y demás profesionales que ejercen en dichas zonas?
	¿La política pública de Formación de Especialistas contempla estrategias con las universidades o centros formadores para contar con programas de educación continua que estimulen la permanencia de los profesionales?
	¿Las Escuelas de Medicina que considera la política pública de Formación de Especialistas contemplan educación a distancia que permita ampliar el radio de captación de estudiantes más allá de las zonas urbanas, y que más estudiantes de zonas desatendidas accedan a la formación sin tener que cambiarse de ciudad?
	¿La política pública de Formación de Especialistas prioriza las Escuelas de Medicina que en sus Programas de estudio de Medicina General o Medicina Familiar contemplan capacitación en técnicas avanzadas como Obstetricia; Medicina de Urgencia; Cirugías, etc., para equiparlos con las aptitudes necesarias para la práctica en zonas desatendidas?

		¿La política pública de Formación de Especialistas prioriza el financiamiento de la beca de Medicina Familiar?. Estudios demuestran que los egresados de esta área tienen mayor probabilidad de ejercer en zonas desatendidas.
--	--	--

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANALISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción Componentes	Preguntas
5. Inmigración de los trabajadores sanitarios formados de otros países	Los inmigrantes para ejercer su profesión legalmente en el extranjero deben recibir visados de trabajo y, en el caso de determinados proveedores calificados de servicios de salud, contar con una autorización de ejercicio o un reconocimiento del título expedidos por el organismo de reglamentación pertinente. Existen políticas migratorias activas (cuando el Estado publica ofertas en el extranjero, envía a personas encargadas de contratar personal o negocia acuerdos bilaterales con otros países), o pasivas (cuando se limita a considerar a los trabajadores sanitarios iguales a todas las demás personas que solicitan visados por decisión propia). En materia de políticas, las opciones que un país esté estudiando deberían reconocer el derecho de cada trabajador a migrar, y condenar las prácticas de contratación poco éticas que explotan a los trabajadores sanitarios o los inducen a aceptar responsabilidades y condiciones laborales incompatibles con sus calificaciones, capacidades y experiencia	<p>¿La política pública de Formación de Especialistas contempla políticas migratorias activas que publicando ofertas en el extranjero, enviando personas encargadas para difundir el Programa, o negocia acuerdos bilaterales con otros países, o solo se limita a considerar a los médicos que solicitan visados por decisión propia?</p> <p>¿La política pública de Formación de Especialistas establece prohibiciones para que el médico migre a otro país una vez especializado?</p>

<p>6. Reconocimiento del título y autorización para ejercer a los proveedores de servicios de salud regulados (formados en el país o en el extranjero)</p>	<p>Se emplea el reconocimiento del título y la autorización para ejercer como medios de control de la calidad de los trabajadores de la salud que ejercen en ellos y del tamaño del mercado laboral sanitario. Los países realizan este control con el fin de depurar los trabajadores no calificados, donde para determinados grupos profesionales, el control de la calidad de cada trabajador se basa en el hecho de haberse graduado en una institución docente acreditada, mientras que para otros el requisito es aprobar un examen nacional de competencia profesional</p>	<p>¿La política pública de Formación de Especialistas exige que el beneficiario provenga de una Universidad acreditada (formación pregrado)?</p> <hr/> <p>¿El Programa EDF exige que el beneficiario rinda un Examen Nacional de Competencia Profesional?</p>
---	---	---

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

ANALISIS PROCESOS DE FORMACION QUE SE ASOCIAN A LA POLITICA PUBLICA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS

Componentes Fase de Entrada	Descripción Componentes	Preguntas
7. Contratación en el mercado laboral sanitario	Las estrategias de distribución de trabajadores varían en función de los mercados sanitarios, educativo y laboral. En este contexto, es fundamental hacer un seguimiento de la contratación de los trabajadores sanitarios recién formados en el mercado laboral del sector sanitario nacional a fin de reducir las ineficiencias del sistema de contratación, identificar los posibles desfases entre oferta y demanda de trabajadores sanitarios, y supervisar los logros de la planificación del personal de salud.	¿La política pública de Formación de Especialistas contempla un seguimiento de la contratación de los profesionales una vez que culminan la especialización, con el fin de reducir las ineficiencias del sistema de contratación pública, etc.?

Anexo E: Listado de todas las universidades con puntaje mínimo matriculado y vacantes por Universidad para la carrera de Medicina durante el proceso de admisión 2021.

Universidad	Vacantes	Puntaje último matriculado 2021
P. Universidad Católica de Chile	85	800,15
Universidad de Chile	190	778,00
Universidad de Concepción	105	766,10
Universidad de Santiago de Chile	60	708,00
Universidad de Valparaíso Sede Viña	71	762.40
Universidad de Valparaíso -San Felipe	47	746.30
Universidad Austral de Chile- Valdivia	65	749,00
Universidad de los Andes	65	755,00
Universidad Finis Terrae	70	751,10
Universidad Diego Portales	70	732,00
Universidad de Talca	75	755,15
Universidad de La Frontera	56	756,00
Universidad del Desarrollo Stgo.	65	765,00
Universidad Católica del Norte	48	740.20
Universidad Católica del Maule	70	752,65
Universidad Católica Stma. Concepción	55	755,60
Universidad de Antofagasta	35	750,00
Universidad de Tarapacá	30	746,00
Universidad de O'Higgins	60	726,00
Universidad de Magallanes	45	721,60
Universidad Bernardo O'Higgins	60	727,00
Universidad Andrés Bello Concepción	60	698,00
Universidad Andrés Bello Santiago	88	727,00
Universidad Andrés Bello Viña	60	672,00
Universidad Mayor Stgo.	65	737,00
Universidad Mayor Temuco	60	725,00
Universidad San Sebastián Concepción	110	648,00
Universidad San Sebastián P. Montt	80	638,00
Universidad San Sebastián Stgo.	110	645,00
U. Autónoma de Chile Stgo.	50	669,00 (puntaje promedio)
U. Autónoma de Chile Talca	50	683,00 (puntaje promedio)
Universidad de Atacama	48	737,00 (puntaje promedio)

Fuente: Universia.cl: <https://www.universia.net/cl/actualidad/orientacion-academica/revisa-los-puntajes-de-corte-2021-de-la-carrera-de-medicina.html>