



“DISEÑO DE UN PROGRAMA PRIORIZADO PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO”

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN CONTROL DE GESTIÓN**

Alumna: Elizabeth Angélica Gutiérrez Espinosa

Profesora Guía: Alicia Lorena Núñez Mondaca

Santiago, Junio 2021

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia, por su apoyo con alegría y entusiasmo en esta etapa, quienes siempre han creído en mí y mi capacidad de lograr cosas grandes, incluso más que yo misma. Agradezco el aliento para persistir y la compañía en las eternas tardes y noches de trabajo.

Agradezco a mis profesores, por su entrega y apoyo en el proceso de aprendizaje, especialmente a mi profesora guía, Alicia Núñez, por su paciencia y ayuda en este proceso; con cada revisión, corrección y sugerencia saco lo mejor de mí para lograr terminar con éxito este trabajo.

Finalmente, agradezco a mis compañeras y compañeros del magister, especialmente a Cinthia y Mariana, con quienes compartí el estrés y la presión por rendir de la mejor manera, la satisfacción de un buen trabajo entregado y la incertidumbre del estudio en períodos de pandemia durante el magister. Agradezco su confianza en mi trabajo y sus palabras de alientos en los momentos difíciles.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General.....	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Preguntas de Investigación.....	6
1.5. Metodología.....	6
1.5.1. Priorización de programas	6
1.5.2. Diseño de la implementación del programa	8
1.6. Alcances y Limitaciones.....	9
1.6.1. Alcances.....	9
1.6.2. Limitaciones	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Acceso a la Salud.....	11
2.2. Sistema de Salud Chileno.....	13
2.2.1. Sector público.....	14
2.2.2. Sector privado	14
2.3. Establecimiento de prioridades	15
2.4. Planificación e implementación de programas	19
2.5. Indicadores de monitoreo	29
3. RESULTADOS	32
3.1. Priorización de programas	32
3.2. Planificación de la Implementación de Programas.....	37
3.2.1. Aplicación del modelo Mapeo de Intervenciones	52
4. CONCLUSIÓN.....	115
5. REFERENCIAS	120
Anexos	132

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Protocolo Mapeo de Intervenciones	22
Tabla 2: Modelo PRECEDE-PROCEDE	23
Tabla 3: Tabla comparativa de métodos de planificación de programas de salud.....	28
Tabla 4: Programas para superar las barreras de acceso identificadas	33
Tabla 5: Porcentaje de personas según cantidad de programas clasificados por prioridad... 34	
Tabla 6: Cantidad de respuestas por prioridad.....	35
Tabla 7: Distribución en porcentajes de la asignación de prioridades de los programas	35
Tabla 8: Cantidad de puntos asignados por programa.....	36
Tabla 9: Cruce de priorización y asignación de puntajes	37
Tabla 10: Médicos especialistas por región	41
Tabla 11: Médicos con contrato en el sector público por año.....	43
Tabla 12: Matriz de objetivos de cambio	63
Tabla 13: Ficha descriptiva del programa	73
Tabla 14: Tareas para proyección de demanda y oferta de especialistas	74
Tabla 15: Tareas para incentivos a la retención de médicos en zonas de difícil acceso	76
Tabla 16: Tareas para la reestructuración de programas de formación	82
Tabla 17: Tareas para incentivos para aumentar la disponibilidad de horas médicas	84
Tabla 18: Tareas para implementar la telemedicina y centros de atención rural	86
Tabla 19: Tareas para la modificación de programas curriculares y formación de médicos ..	90
Tabla 20: Tareas para la capacitación de médicos en ejercicio	92
Tabla 21: Cruce de Objetivos y Tareas del programa	95
Tabla 22: Agenda de Cambio del programa.....	95
Tabla 23: Indicadores para medir cumplimiento de los objetivos generales del programa	98
Tabla 24: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.1	100
Tabla 25: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.2	102
Tabla 26: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.3	109
Tabla 27: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 2.1	111
Tabla 28: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 2.2	112

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Modelo PEN-3	24
Ilustración 2: Cantidad de médicos por año	39
Ilustración 3: Cantidad de especialistas por país	42
Ilustración 4: Estructura de la población chilena según edad	53
Ilustración 5: Carta Gantt del programa	96

1. INTRODUCCIÓN

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, además es condición fundamental para lograr la paz y la seguridad de la población (Organización Mundial de la Salud, 2006). Es por esto que el acceso a la salud representa una de las preocupaciones constante de los gobernadores y autoridades sanitarias de cada país (Levesque et al., 2013). La constitución vigente de Chile enuncia que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo” (Constitución Política de la República de Chile, 1980). A pesar de lo anterior, actualmente existe desigualdad en el acceso a la atención médica, pues el sistema de salud chileno es heterogéneo y existen importantes diferencias entre el sector privado y el público (Goic, 2015). En el sector privado existen las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), las cuales son entidades que funcionan bajo un esquema de seguros. Las Isapres tienen la facultad de recibir y administrar la cotización mensual de los trabajadores, que consiste en una parte de su remuneración la cual deben entregar a una aseguradora de salud obligatoriamente a cambio de financiar prestaciones y licencias médicas. Las prestaciones financiadas son limitadas y están detalladas en el contrato que firma el afiliado de manera libre e individual (Asociación de Isapres de Chile, 2020). En el sector público existe el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que está a cargo de gestionar los recursos monetarios y brindar financiamiento para las prestaciones de salud a los afiliados a este seguro. Esto considera tanto a quienes cotizan en el fondo, como a personas afiliadas sin un ingreso formal y que no generan aportes a FONASA (FONASA, 2020a).

Respecto a los asegurados de cada institución, existen diferencias en el perfil de las personas aseguradas por las ISAPRES y FONASA considerando su ubicación geográfica, edad y género de los individuos (Becerril-Montekio et al., 2011). Mientras que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) aseguran a población mayormente urbana, de la Región Metropolitana, de sexo masculino y menor de 60 años, el Fondo Nacional de Salud brinda cobertura a la población empobrecida, envejecida, residente de sectores rurales (Astortga et al., 2002). Analizando las diferencias en las atenciones, el usuario de Fonasa, en general, se siente desprotegido en caso de eventualidad de salud y está insatisfecho con la atención recibida; en cambio el beneficiario de Isapre se siente protegido ante eventualidades de salud, sin embargo cree que su desembolso en salud es demasiado alto (Superintendencia de Salud,

2018). Cabe recalcar que la sensación de desprotección de los usuarios de Fonasa se debe principalmente a los tiempos de espera excesivos para obtener atención médica, situación que se agudiza por la dificultad para encontrar horas médicas. De forma complementaria, los afiliados a Fonasa con mayores ingresos señalan los altos costos de las atenciones como razón adicional de su sensación de desprotección respecto al sistema de salud. Es importante señalar que los afiliados a Isapre que se sienten desprotegidos comparten este último motivo como la razón principal (Centro de Estudios Públicos, 2016).

Por otro lado, existe un problema grave en la representatividad de las autoridades que generan las políticas en todos los ámbitos, incluyendo aquellas que afectan y modifican el sistema de salud, pues las reformas parecen no tener los efectos positivos que se esperaban en la mejora del acceso a atención médica (Cuadrado, 2016). En una reciente encuesta hecha en tres regiones del país se identificaron diversas barreras al sistema de salud de las cuales se destaca el desconocimiento de programas implementados para mejorar la cobertura del sistema como la más relevante (Gómez, 2019), de esto se infiere que los esfuerzos asociados a la realización de estos programas no tiene el impacto generalizado que podría esperarse, pues gran parte de la población no tiene conocimiento de la existencia de dichos programas, por lo que no se cumple con mejorar la desigualdad en el acceso a la salud.

Con esta contextualización, se presenta este trabajo que busca dar solución a una de las barreras del sistema de salud que enfrenta la población actualmente, siendo parte del proyecto FONDECYT N° 11160150 cuyo foco es la investigación de las barreras del sistema de salud chileno.

1.1. Planteamiento del problema

En la constitución chilena vigente se declara en el primer artículo que las personas “Nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (Constitución Política de la República de Chile, 1980). A pesar de que esta declaración fue hecha hace 40 años, los distintos gobiernos que ha tenido el país no han logrado hacerse cargo de esta afirmación pues desde entonces y hasta hoy el sistema de salud provee atención heterogénea a las personas y gran parte de la población enfrenta varias barreras para obtener servicios de salud. Las diferencias en la atención médica obtenida por las personas se basan en que la distribución de los recursos disponibles en el sistema es desigual debido a la existencia de dos tipos de seguros (Goic, 2015). Uno de los recursos relevantes para brindar atención de salud es la cantidad de médicos disponibles en el sistema. En Chile, la mayoría de los médicos activos trabaja en el

sector privado (Goic, 2015), a pesar de que en las Isapres solo se encuentra afiliado el 18,4% de la población chilena (OCDE, 2019), lo cual deja al sistema público debilitado, al contar con menos doctores que el sector privado para atender a un número mucho mayor de pacientes. Esto cobra especial relevancia al analizar el problema de base, respecto a la disponibilidad de este tipo de profesionales en el sistema de salud chileno, pues el número de médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes en Chile es de 2,5 lo cual está por debajo del promedio de la OCDE, que es 3,5 (OCDE, 2019).

Otras cifras relevantes de la OCDE confirman que existen barreras latentes en el acceso a atención médica, por ejemplo, la protección financiera de Chile es de las más bajas de los países pertenecientes a esta organización, existe cobertura solo del 50,1% de los gastos médicos a través de seguros, por debajo del 71,2% del promedio de la OCDE. Los tiempos de espera para procedimientos médicos de alta complejidad son más de un año e incluso se presenta el caso del procedimiento de reemplazo de rodilla para el cual el tiempo de espera llega a casi 1.000 días, muy por encima de los 227 días del promedio de la OCDE (OCDE, 2019).

Todas las variables enunciadas anteriormente, impactan en la accesibilidad de un sistema de salud. Para mejorar esto se debe incurrir en inversión de recursos que resultan escasos en nuestro país, al igual que en el resto del mundo. En Chile, el gasto estatal en salud como porcentaje del PIB está en el promedio de la OCDE, pero en términos absolutos, el monto invertido es casi la mitad de lo que gastan en promedio todos los países miembros de dicha organización (OCDE, 2019), es por esto que las reformas deben ser lo más eficientes posibles en el uso de recurso y priorizar aquellos programas que las personas más necesitan.

Por otro lado, el término “demandas comunitarias”, desarrollado en profundidad por Black y Mooney (1984), se refiere a la importancia de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con las políticas de acceso a la salud, tomando en cuenta sus propias necesidades y preferencias, las cuales pueden no concordar con la perspectiva que tiene la mayoría de los analistas investigadores o la autoridad nacional. Históricamente, la gestión del sistema de salud chileno no ha considerado la opinión de los usuarios y por lo tanto no ha capturado las necesidades prioritarias de la comunidad, mermando la calidad percibida del sistema de salud chileno lo que afecta la satisfacción de los usuarios y lo más grave, es que dado que quienes generan las políticas públicas no conocen a cabalidad las preferencias y

necesidades específicas de la población, no logran cubrirlas de manera efectiva (Cuadrado, 2016).

Otro ámbito que impacta la accesibilidad del sistema de salud chileno es el proceso de implementación de los programas de salud, pues la efectividad de un programa de este tipo y su impacto en la población depende en gran medida de la forma en que se lleve a cabo su implementación (Brownson et al., 2012). Como ejemplo local se tiene el plan Garantías Explícitas de Salud (GES) que es la última gran reforma al sistema de salud chileno. Este plan incluye beneficios garantizados para todas las personas sin importar si están asegurados por ISAPRE o FONASA. Las garantías exigibles son: Acceso, oportunidad, protección financiera y calidad (Superintendencia de Salud, 2020c). El diseño y la implementación del programa pueden considerarse exitosos en diversos aspectos, pues ha logrado cumplir con tiempos de espera y brindar un tratamiento oportuno en más de un 99% de los casos a nivel nacional (Urriola et al., 2016). Sin embargo, existen falencias en la evaluación de su avance que generan duda respecto a su potencial beneficio en el futuro y su sostenibilidad a largo plazo pues hay información importante respecto al funcionamiento del programa que se desconoce, como el número de profesionales apropiadamente entrenados en el uso de guías clínicas, el grado de aceptación y adecuación de estas guías a los diferentes contextos sanitarios, y el nivel en que las prácticas clínicas son implementadas como sugieren las guías (Mascayano y Gajardo, 2018). En términos de acceso, el objetivo del programa de brindar mayor equidad y acceso a las personas a los servicios de salud se debilita al afectar de manera negativa las listas de espera en el sector público para personas con patologías no incluidas en las GES. Esto se produce por la priorización de atención en los centros de atención públicos, en especial los hospitales, pues dado los recursos escasos y el colapso hospitalario, para cumplir los plazos de atención para las patologías GES se hace necesario que el resto de las atenciones se posterguen (Paraje y Infante, 2014). Este tipo de problemas son comunes, pues normalmente el proceso de implementación de programas en sistemas de salud se describe en estudio de casos, sin un método sistemático que considere instrumentos, estrategias, e indicadores que reflejen implementación en diferentes niveles y su avance, lo que conlleva que no se conozcan las barreras, los facilitadores y obstáculos a medida que el programa avanza y por ello no sea posible tomar medidas correctivas (Proctor et al., 2011).

1.2. Justificación

Como en muchos otros contextos, al existir recursos escasos, es crítico priorizar las distintas opciones de intervenciones al sistema de salud, según un criterio que asegure un

efecto perceptible por los usuarios que efectivamente mejore su experiencia al acceder a atención médica. Conocer y considerar la opinión de las personas en la toma de decisiones políticas respecto a implementación de mejoras, permite llevar a cabo programas que tengan un efecto real y significativo en el sistema de salud al que acceden los usuarios, satisfaciendo sus necesidades de manera certera. De esta manera, al mejorar la representatividad de las personas en las políticas públicas, es posible mejorar tanto la experiencia como el acceso de las personas al sistema de salud, pues las reformas aplicadas estarían en línea con las carencias que experimentan e identifican los usuarios, aportando así, a disminuir las barreras para acceder a atención médica, de la mano de la disminución de la desigualdad actual del sistema de salud.

La implementación de los programas debe lograr la eficacia esperada en un plazo determinado, por lo que la realización de una planificación para la implementación de las mejoras que se seleccionaron, con base a lo descrito en el párrafo anterior, resulta un factor clave para lograr el impacto que las personas esperan. Este plan debe incluir diversos indicadores para monitorear tanto la implementación del programa, como el avance y la efectividad una vez activo en el sistema de salud.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Diseñar un plan de implementación y monitoreo de un programa priorizado de acceso a la salud en Chile.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Generar la Priorización de un set de programas disponibles para mejorar el sistema de salud chileno, según la información recogida en encuestas realizadas en tres regiones de país y seleccionar el más relevante.
- Diseñar un plan para la implementación del programa de mejora del Sistema de Salud chileno que considere el o los programas más relevantes según la opinión de la población.
- Crear indicadores de monitoreo para evaluar el avance e implementación del programa seleccionado.

1.4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los programas prioritarios para implementar en el sistema de salud chileno?
- ¿Es posible definir un plan para implementar un programa de mejora en el sistema de salud chileno?
- ¿Qué dimensiones del programa se deben medir para asegurar el avance y correcta implementación del programa?

1.5. Metodología

Para el desarrollo de esta tesis se consideran dos etapas: la priorización de los programas, donde se identificará el programa con mayor prioridad, y la planificación de la implementación de dicho programa, que debe considerar la construcción de sets de indicadores para el monitoreo de la implementación y la evaluación del desempeño del programa.

1.5.1. Priorización de programas

En primer lugar, se desarrolla una encuesta enfocada en caracterizar a la población e identificar las barreras que enfrentan al intentar acceder al sistema de salud chileno. Se seleccionaron las regiones de Antofagasta, Metropolitana y del Bio-Bio. Estas tres regiones tienen una población grande, variedad étnica y sus habitantes se distribuyen tanto en áreas urbanas como en áreas rurales. La muestra original incluye 1.885 entrevistas distribuidas en 42 áreas rurales y 231 urbanas. Para llegar a esta selección se aplica un muestreo aleatorio estratificado de múltiples etapas con un método de muestreo aleatorio simple sistemático, así todos los hogares tienen la misma probabilidad de ser encuestados, logrando así mayor heterogeneidad en la muestra. Se usó el Censo como marco de referencia para seleccionar los hogares encuestados. Agrupar en estratos permite una mejor estimación de error estadística en cada uno, el que a su vez resulta similar en entre sí. Otra ventaja de agrupar los hogares es la reducción de costos y tiempos empleados en transporte de los encuestadores. En esta encuesta se caracterizó a la población, y realizó una serie de preguntas sobre su experiencia respecto a las atenciones médicas, posteriormente, a través de un análisis de los datos, se identificaron diversas barreras del sistema de salud. Estas barreras se agruparon para luego diseñar programas de mejora al sistema de salud chileno que, en conjunto, dan solución a todas las problemáticas identificadas a partir de las encuestas realizadas.

En la segunda encuesta, en la cual se centra esta tesis, se busca conocer la opinión de las personas respecto a la importancia y urgencia de implementación de los programas

formulados. Para esto, se siguen los siguientes pasos: Selección de la muestra; diseño de la encuesta y pilotaje; aplicación de la encuesta y análisis de los datos.

1.5.1.1. Selección de la muestra

La encuesta aplicada es de tipo panel, esto quiere decir que los participantes de esta segunda instancia son las mismas personas que respondieron la encuesta anterior, orientada a identificar las barreras al sistema de salud. En esta segunda instancia se llegó al 60,5% de los participantes, por lo tanto, la encuesta fue aplicada a 1,142 individuos, de los cuales 360 pertenecen a la región de Antofagasta, 382 a la Región del Bío-Bío y 400 a la región Metropolitana.

1.5.1.2. Diseño de la encuesta y Pilotaje

La encuesta aplicada contiene dos partes relacionadas con la priorización de los programas. En la primera, el encuestado debe elegir qué lugar, del uno al seis, le asigna a cada programa disponible, donde la primera posición significa un nivel de urgencia mayor que las posiciones siguientes. El encuestado puede asignar la misma prioridad a más de un programa, en caso de que así lo dispusiera, dejando vacías las posiciones más bajas, lo que significaría que dos o más programas tienen el mismo nivel de urgencia para el individuo.

Adicionalmente, y con el fin de incorporar el *trade-off* de seleccionar un programa desde el punto de vista de los recursos y evaluar la coherencia, se incorporó una segunda parte en la encuesta donde los participantes deben priorizar considerando un límite de recursos. Se les solicita a los entrevistados asignar un puntaje a cada programa, para lo cual se les entrega 18 *stickers*, que equivalen a 18 puntos. El requisito fundamental es que se asignen todos los *stickers* según la valoración que le da el encuestado a cada intervención. Un número mayor de puntos refleja una mayor importancia.

1.5.1.3. Realización de la Encuesta

La encuesta se realizó durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 2018. El trabajo de campo requirió un coordinador general del proyecto, 3 coordinadores de campo regionales y 28 entrevistadores capacitados.

1.5.1.4. Análisis de los Datos

Para evaluar las preferencias de los encuestados sobre la priorización consultada, se analizaron los datos a través de análisis de frecuencia de ambas partes de la encuesta, utilizando el software R, generando cruces de la información para validar la coherencia de los datos reunidos entre las dos partes de la encuesta orientadas a la priorización de programas.

1.5.2. Diseño de la implementación del programa

La segunda parte de la metodología corresponde al diseño de la implementación del programa con mayor urgencia, obtenido de la priorización según la opinión de la población. Para diseñar la implementación del programa se aplicará una adaptación del modelo Mapeo de Intervenciones que se compone de seis pasos, descritos a continuación:

1.5.2.1. Paso 1: Evaluar necesidades

En esta etapa se debe identificar la población a beneficiar, el problema a resolver, evaluarlo e identificar las posibles causas conductuales y/o ambientales que generan el problema. Para la identificación de necesidades se utiliza el modelo PRECEDE, que consiste en generar un diagnóstico social, que en este caso corresponderá a la información obtenida en la encuesta, un diagnóstico conductual y ambiental, un diagnóstico de la educación de las personas respecto al uso del sistema de salud y el problema y una descripción del estado administrativo y de políticas públicas relacionadas con el problema identificado. Luego, se debe evaluar la capacidad para resolver el problema, limitando el alcance del programa y finalmente vincular las necesidades identificadas con la meta del programa.

1.5.2.2. Paso 2: Identificar objetivos

En este paso se definen los resultados esperados del programa, generando objetivos que abarquen las diferentes situaciones que deben cambiar para solucionar el problema identificado en la primera etapa. Los objetivos deben ser claros y su relación con el programa debe ser directa. El producto de esta etapa es un conjunto de matrices de objetivos de cambio, diferenciados para cada grupo interesado. Estas matrices contienen objetivos para cada grupo, determinantes personales y externos que influyen en el cumplimiento de cada objetivo.

1.5.2.3. Paso 3: Diseñar la intervención

En el tercer paso se deben diseñar las intervenciones que generarán los cambios necesarios y permitirán el cumplimiento de los objetivos trazados en el paso 2. Estas intervenciones deben estar justificadas por una investigación previa que asegure un efecto en los comportamientos y/o condiciones ambientales que genera el problema identificado en el paso 1.

1.5.2.4. Paso 4: Desarrollar la intervención

En este paso se deben generar pautas, métodos y documentos para que las instituciones relacionadas adopten los cambios necesarios para la implementación del

programa. Este paso se trata básicamente de la formalización de la intervención, previo a su puesta en marcha.

1.5.2.5. Paso 5: Diseñar Agenda de Cambio

En el paso cinco del modelo se detallan las consideraciones necesarias para la implementación del plan de trabajo diseñado anteriormente y se presenta la agenda de cambio del programa. Cabe destacar que en el modelo original este paso corresponde a la implementación de la intervención, sin embargo, el alcance de esta tesis se limita al diseño del programa.

1.5.2.6. Paso 6: Diseñar sets de indicadores

El último paso del modelo tiene relación con la evaluación del desempeño de la intervención. Para la evaluación de la implementación del programa elegido por las personas, se generarán dos tipos de indicadores para medir tanto el avance del proyecto como su eficacia en resolver la barrera de salud asociada. El primer conjunto de indicadores debe ser considerado y medido una vez que el programa ya esté inserto en el sistema de salud chileno. Con esta evaluación es posible generar un juicio sobre el desempeño general del programa y el impacto que logra respecto a la barrera de salud asociada. El segundo set de indicadores tiene el objetivo de monitorear el progreso de la ejecución del programa, tiempos y magnitudes abarcadas. Con esta evaluación será posible proyectar el impacto de la implementación del programa y realizar ajustes del plan, en caso de ser necesario según el contexto social, político o económico del país a lo largo del período de puesta en marcha del plan.

1.6. Alcances y Limitaciones

1.6.1. Alcances

El alcance de esta tesis es priorizar un set de programas de mejora del sistema de salud chileno para luego diseñar un plan de implementación del programa que la comunidad considera más relevante, este plan no llegará a ser implementado. Se usó información recogida mediante una encuesta representativa realizada en las regiones de Antofagasta, Bio-Bio y Metropolitana, financiada por el proyecto FONDECYT N° 11160150, del cual esta tesis es parte.

1.6.2. Limitaciones

La limitación de esta tesis es que la encuesta en la que se basa la priorización de los programas, solo se realizó en las regiones de Antofagasta, Metropolitana y del Bío-Bío, por lo que no es generalizable para el resto del país. Además, existen barreras de información, por

lo que la planificación del programa considera valores estimados con base a la información pública disponible.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Acceso a la Salud

El acceso a la salud es un concepto definido de varias maneras. Una de las primeras definiciones del concepto fue planteada por Lee y Jones (1933) que, si bien no considera el término “acceso” de manera explícita, se plantean las condiciones de una buena atención médica y explican que la medicina no cumple su función de forma correcta si no está al alcance de todos, por lo que una buena atención médica implica que los servicios médicos puedan ser prestados a todas las personas, según sus necesidades.

Otra definición, generada años más tarde, es la propuesta por Donabedian (1973) quien presenta el acceso a los servicios de salud como la unión de dos partes: la primera, tiene relación con el inicio de un tratamiento médico y la segunda consiste en la continuación y término del tratamiento. Este punto de vista expone que hay factores que generan barreras a la continuación y término de un tratamiento médico que pueden ser financieras, psicológicas, informacionales, sociales, organizacionales, espaciales, temporales y otras.

Por su parte, Aday y Andersen (1974) retoman la definición de manera más crítica, y si bien en su definición se encuentran puntos similares con lo presentado por los autores anteriores, cuestionan la similitud en el uso de los conceptos “acceso a la salud” y “disponibilidad de servicios de salud”. Ellos relacionan el acceso con la entrada efectiva al sistema de salud y la definen como los procesos involucrados en lograr entrar al sistema, tales como tiempos de traslado y de espera, además proponen un *framework* para analizar el acceso a la salud, donde se evalúa las políticas de salud, características del sistema de salud, características de la población en riesgo, utilización de los sistemas de salud y satisfacción de los usuarios. De esta manera engloban los elementos centrales de las definiciones previas. En la misma línea, Mooney (1984) habla sobre el acceso como producto de varios factores. Los primeros por parte de la oferta de los servicios de salud, como la ubicación, disponibilidad, costo y oportunidad de los servicios y un segundo grupo, que tiene relación con la demanda de los servicios, como la enfermedad, el conocimiento sobre el servicio de salud y las prácticas de autocuidado.

En contraste con lo anterior, Salkever (1976) estudia el término con un foco diferente y define el acceso a la salud como la utilización de servicios preventivos de salud, con foco en dos componentes, el primero es la accesibilidad financiera, que consiste en el poder de pago

de los individuos y el segundo es la accesibilidad física, que se refiere a los costos asociados a la búsqueda y transporte para la obtención de atención médica. Esto contrasta con las definiciones anteriores pues se basan, de manera explícita o implícita, en la atención médica cuando existe una necesidad, Salkever también considera la prevención como parte del problema de acceso a la salud.

De manera similar a las primeras definiciones, Penchansky y Thomas (1981), definen el acceso como el nivel de ajuste entre las necesidades de los usuarios y el sistema de salud, lo cual incluye el análisis de la disponibilidad de los servicios profesionales, instalaciones médicas y programas para las necesidades de la población, accesibilidad geográfica, asequibilidad financiera y aceptabilidad por parte de los usuarios y proveedores. De esta manera, deja fuera la utilización efectiva de los servicios de salud y se centra en las características propias del sistema que debieran facilitar el uso de los servicios médicos. Frenk (1992) sigue una línea similar y afirma que el acceso a la salud es el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos del sistema de salud, entre las cuales existe una relación funcional, que incluye obstáculos y facilitadores, para obtener la atención.

Shengeila, Murray y Adams (2003) separan el término acceso en dos componentes, similar a lo propuesto por Mooney (1983) y los estructuran de manera matemática, el primero es la cobertura del sistema, que es modelada como la probabilidad de obtener atención médica, sujeta a una necesidad específica. El segundo es la utilización, que consiste en la cantidad de servicios médicos que las personas realmente usan.

Por su parte, Levesque, Harris y Russell (2013) consideran que el acceso a la salud es la posibilidad de las personas de acceder a cuidados médicos, con un buen nivel de satisfacción cada vez que existe una necesidad asociada al servicio de salud. De esta manera se deja fuera gran parte de los elementos propios del servicio de salud que son considerados por los autores previamente mencionados y se centra solo en el resultado obtenido en las personas, asociado a su percepción.

Para la Organización Panamericana de la Salud (2014), el acceso a la salud implica que todas las personas puedan obtener, sin discriminación de ningún tipo, servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, asegurando que las personas no se exponen a dificultades financieras producto del seguimiento de tratamientos médicos.

Para efectos de este estudio, se trabajará con la definición de acceso a la salud hecha por Aday y Andersen (1974). El modelo desarrollado permite identificar y relacionar los distintos tipos de barreras de acceso, haciendo posible clasificar las barreras identificadas, y así distinguir con claridad el ámbito del acceso a mejorar con el plan propuesto en este trabajo.

2.2. Sistema de Salud Chileno

Los sistemas de salud en el mundo engloban a las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Según la Organización Mundial de la Salud dicho sistema tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En el caso de Chile, la formalización del Sistema de Salud comienza en el año 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) como organismo autónomo con el fin de proteger la salud de toda la población, funcionando con un modelo de salud bismarckiano, que como expone Wallace (2013) consiste en la creación fondo de salud financiado con contribuciones de los trabajadores que cubre los gastos de las prestaciones médicas obtenidas por la población. Según Goic (2015), este es un hito que cobra relevancia en el bienestar de la población, pues tuvo alta influencia en programas específicos de promoción de la salud y además apoyó la creación de una cultura sanitaria en la población que hasta entonces era precaria.

El Ministerio de Salud chileno (MINSAL) fue creado bajo el Decreto con Fuerza de Ley N°25 de 1959, con la responsabilidad de realizar actividades de programación, control y coordinación en materia de salubridad pública, en el año 1979 asume las responsabilidades del SNS, disuelto el mismo año. El MINSAL junto a la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (IPS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) constituyen el sistema de salud de la época (Becerril-Montekio et al., 2011). En el año 1981, se suma una cuarta institución, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), con el fin de darle un rol más protagónico al sector privado en el financiamiento de la salud, conformando así el sistema de salud de aseguramiento mixto que se mantiene hasta la actualidad (Titelman, 1999).

2.2.1. Sector público

El sector público de salud chileno se compone del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). En conjunto brindan los servicios de salud a los afiliados, recaudan fondos, distribuyen y administran todos los aspectos del servicio. Este sector se financia con las cotizaciones obligatorias de los afiliados, pago de bolsillo y aporte estatal. Los beneficios otorgados a las personas no están relacionados con su aporte, pues se aplica el principio de redistribución de recursos donde teóricamente quienes aportan más financian las atenciones de quienes aportan menos o bien, no tienen ingresos por lo que no generan ningún tipo de aporte al sistema (Titelman, 1999). Los asegurados son clasificados en cuatro categorías, desde la A a la D, según el ingreso del afiliado y la cantidad de dependientes o cargas que registre. Cada clasificación tiene su propio esquema de copago, además los asegurados clasificados en las letras B, C y D tienen la opción de atenderse en centros de salud privados o con profesionales con convenios vigentes con FONASA, bajo la modalidad de libre elección, pagando el copago correspondiente. Los afiliados en FONASA A no pueden acceder a esta opción, sin embargo, reciben atención gratuita en centros de salud públicos. (Superintendencia de Salud, 2020a)

Existen otras instituciones relacionadas al sistema de salud público. En primer lugar, el Instituto de Salud Pública (IPS) asegura la calidad de bienes y servicios en el sistema, a través de fiscalización, vigilancia, autorización, investigación y transferencia tecnológica (Instituto de Salud Pública de Chile, 2015). Por otro lado, para asegurar disponibilidad de los recursos para centros de salud públicos, existe la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), cuya función es asegurar la disponibilidad de medicamentos, alimentos, insumos y equipamiento a la Red de Salud (Central de Abastecimiento, 2019).

Existen también otros sistemas de aseguramiento en el sistema público, sin embargo, estos están reservados solo para una parte específica de la población y sus dependientes. Estos son la Caja de Previsión de la Defensa Nacional de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA), que tal como su nombre lo indica, aseguran a los miembros de estas ramas de las Fuerzas Armadas y de Orden. La atención médica de los afiliados a estos seguros se realiza en centros asistenciales propios de estas instituciones y están abiertos al mercado de la atención en salud (CAPREDENA, 2020).

2.2.2. Sector privado

El sector privado de salud está conformado por las Isapres, que son instituciones aseguradoras de carácter privado. Existen Isapres abiertas y cerradas. En el caso de las

Isapres abiertas, los planes de salud y la afiliación son de oferta pública en cambio, las Isapres cerradas brindan prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o rubro (Superintendencia de Salud, 2020b). Este sector funciona con los aportes pactados a través de contratos entre el asegurado y la Isapre a la cual se afilia, en el que se determina la cobertura, costo para el asegurado y las cargas a las cuales se les prestará cobertura. Las prestaciones ofrecidas varían según la prima de seguro, la edad, el sexo y riesgo médico del asegurado (Titelman, 1999). La atención médica recibida por los asegurados por una Isapre es brindada por centros de salud privados, sin embargo, también pueden acceder a centros pertenecientes al SNSS, pagando el copago correspondiente, según el nivel de ingreso del individuo (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

Otra arista del sector privado de salud es el relacionado con la seguridad laboral. Las instituciones a cargo son las Mutuales de Seguridad y el Instituto de Salud Laboral, entre las cuales los empleadores pueden elegir. Estas instituciones recaudan y administran cotizaciones obligatorias a cargo de los empleadores y se encargan de pagar indemnizaciones, pensiones de invalidez y prestaciones médicas en caso de accidentes ocurridos en el contexto laboral. (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014)

2.3. Establecimiento de prioridades

Establecer prioridades respecto a las inversiones en el sistema de salud es una actividad crítica, pues muchos sistemas de salud en el mundo no disponen de los recursos suficientes para su funcionamiento óptimo y hay necesidades ilimitadas en la población, por lo que es necesario identificar las intervenciones que maximicen el beneficio de salud, sujeto a la restricción presupuestaria (Sánchez Martínez et al., 2008).

Un caso pionero en la priorización en servicios de salud es el caso del estado de Oregon, Estados Unidos, donde en 1989 se diseñó un método de priorización según una fórmula de costo-efectividad de diversos tratamientos, resultando una lista de 714 atenciones médicas, en orden de importancia. Durante los años siguientes el método se perfeccionó, sin embargo mantuvo su enfoque inicial (Dixon y Welch, 1991).

Tiempo después surgieron otros métodos, cómo el método Hanlon, que es uno de los métodos más usados actualmente para priorizar problemas relacionados con la salud pública, por su flexibilidad y objetividad (Morales y Cabrera, 2018). Es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta y da prioridad a cada problemática según cuatro componentes: la magnitud del problema, la severidad del problema, la eficacia de la

solución y la factibilidad de solucionar el problema. De esta manera, la puntuación de cada problema se calcula sumando los puntos de los dos primeros componentes y multiplicando este valor por el producto de los dos componentes restantes (Argüelles y Flores, 2012). Durante el 2014 la Organización Panamericana de Salud diseñó una adaptación de este método que elimina el componente de factibilidad e incluye dentro de sus puntuaciones la inequidad y el posicionamiento institucional (Choi et al., 2019).

Un tercer método es el OPS-CENDES, de origen uruguayo, el cual está pensado en países subdesarrollados y da un mayor énfasis a la eficacia económica de la intervención y considera que la mejor intervención es aquella que rinde mayores beneficios a un menor costo. En términos generales, este método busca la prevención de muertes (Castillo, 2018). La puntuación de cada intervención se calcula multiplicando puntuaciones asociadas a la magnitud del problema, trascendencia y vulnerabilidad del problema, dividido en el costo-efectividad de la solución (Hernández et al., 2005). Una variable en común de estos tres métodos es que ninguno considera información sobre la opinión de la población respecto a sus propias necesidades y consisten principalmente en análisis cuantitativos. A continuación, se presentan otros métodos de priorización cuantitativos utilizados en el ámbito de la salud. Tenemos el método AVISA (Años de vida saludable perdidos por discapacidad), que expresa la cantidad de años perdidos como resultado de enfermedad en una muerte prematuro o la cantidad de años perdidos de vida saludable por una patología. Este método ha sido utilizado para elegir las patologías incluidas en las Garantías explícitas de Salud. En la misma línea encontramos el método DARE (por su sigla en inglés que significa decisión alternativa de evaluación racional) que pondera diferentes criterios para calcular una puntuación para cada elemento a priorizar (Hernández et al., 2005; Morales y Cabrera, 2018). En contraste con lo anterior, existen diversos métodos para considerar la percepción de las personas y luego generar una priorización.

El Experimento de Elección Discreta (DCE, por sus siglas en inglés), es uno de los métodos cuantitativos más utilizados por expertos en salud si el objetivo es considerar la visión de las personas. En este método se pide a los encuestados que elijan un conjunto de opciones dentro de varias alternativas posibles. Estas alternativas se definen y diferencian en el cuestionario variando los niveles de los atributos que posee cada una. En las alternativas es posible incluir las opciones 'ninguna de las anteriores' o 'status quo'. Luego, se realiza el análisis estadístico sobre las diferentes preferencias de los encuestados relacionadas con las diferencias en los niveles de atributos, y se evalúa la fuerza relativa de las preferencias y la disposición de los

encuestados para hacer compensaciones entre las alternativas disponibles. Este método permite generar estimaciones cuantitativas sobre la utilidad marginal asociada a cada opción, lo que da mayor provecho a la información, sin embargo, este método representa dos grandes limitaciones en muestras grandes. La primera es que la estructura de la encuesta a realizar es compleja, por lo que implica mucho trabajo administrativo; La segunda limitación es que consume muchos recursos al trabajar con muestras grandes, tanto recursos financieros como tiempo, pues genera muchos datos. (Ben-Akiva y Bierlaire, 1999). Un ejemplo de la aplicación de este método es un estudio realizado en Alemania donde se ocupó el método DCE para generar criterios para priorizar la atención de ciertos perfiles de pacientes por sobre otros, considerando un contexto de capacidad de atención limitada. En una primera etapa se encuestó a las personas para investigar la aceptación de la fijación de prioridades en medicina y explorar la viabilidad de la participación pública directa. Aquí nos centramos en las preferencias por las características de los pacientes como posible método de priorización de los usuarios de un sistema de salud. Los resultados muestran que algunos criterios médicos son altamente aceptados para priorizar a los pacientes, mientras que los criterios socioeconómicos son rechazados (Diederich et al., 2012).

Otro método cuantitativo utilizado en la actualidad para priorizar intervenciones en los sistemas de salud, que reúne información de la población, es la Valoración contingente, que es un método flexible que evalúa el costo-beneficio de una intervención y su impacto en la sociedad. Para esto, se pide a una muestra grande y representativa de personas que informen directamente sobre su disposición a pagar para obtener un bien o servicio específico, o el pago que quisieran recibir, para renunciar a un bien o servicio. De esta forma, obtiene la valoración del bien o servicio, para luego generar una lista de prioridades. Esto resulta útil en contextos donde no existe un mercado para definir precios. A pesar de su masiva utilización, este método se ha criticado fuertemente y se ha puesto en duda su validez y fiabilidad de los resultados por los efectos de diversos sesgos y errores que puede provocar su metodología. Además, resulta costoso por la necesidad de una gran participación ciudadana y muchas veces los escenarios hipotéticos que se les presentan a los ciudadanos son demasiado alejados de la realidad lo que produce respuestas sin una reflexión profunda por parte del encuestado (Venkatachalam, 2004; FAO, 2000).

Existe también el método de modelado de elección discreta, es un método analítico en el que se simula el comportamiento de compra del consumidor en el mundo real. La metodología implica establecer experimentos cuidadosamente controlados en los que se les pide a los

encuestados elegir un mix de servicios o proyectos, sujetos a restricciones determinadas. De esta manera, luego de un análisis cuantitativo, se puede determinar el servicio o proyecto preferido de los encuestados. Existe otro método que funciona de manera similar denominado Análisis conjunto, sin embargo, en el análisis de la información recopilada de los encuestados, se busca encontrar características similares en los servicios o proyectos que eligieron, para así identificar los atributos más importantes para las personas. Ambos métodos necesitan un gran volumen de respuestas y además generan un gran número de datos por lo que el análisis cuantitativo resulta engorroso y conlleva un alto costo de realización tanto en tiempo y recursos (Ben-Akiva y Bierlaire, 1999; Rao, 2014).

Por otro lado, considerando métodos de priorización cualitativos, Rossi, Lipsey y Freeman (2004) afirman que una evaluación del tipo valoración de necesidades puede ser usada para este propósito, pues además de identificar y comparar necesidades de la población, también es útil para priorizarlas, según criterios específicos seleccionados por el evaluador. Existen otras formas de priorizar intervenciones con participación de la comunidad de una manera cualitativa. La más usada son los jurados ciudadanos, los cuales se componen de un grupo de ciudadanos seleccionados al azar de una comunidad que toman decisiones importantes que afectan a la sociedad en su conjunto y no solo a ellos. Esta metodología exige la existencia de un comité que supervisa las acciones del jurado, y también está compuesto de ciudadanos y testigos expertos en el tema, quienes apoyan la discusión y el debate (Lenaghan, 1999). Otra forma de priorizar en el ámbito de la salud con un foco cualitativo es el método QALY (Por su sigla en inglés que significa años de vida ajustados por calidad), que es similar al método AVISA, pero incluye características sobre la calidad de vida de las personas (Hernández et al., 2005).

Como ejemplo de priorizaciones en el área de la salud con participación ciudadana se presenta un reciente estudio realizado en Rwanda, un país ubicado en África Oriental, donde se realizó una priorización de las barreras que enfrentan las personas de dicho país para acceder a atención médica en caso de lesiones. Para esto, los investigadores organizaron dos jornadas con representantes de los proveedores de servicios de salud, autoridades políticas y expertos en la materia. Se presentaron cuatro dimensiones: Demora en buscar un lugar para ser atendidos, solicitar atención médica, obtener un tratamiento y permanecer en él. Los participantes de la jornada definieron 42 barreras distribuidas en las cuatro clasificaciones anteriores a través de la discusión, donde muchas de las barreras influían en más de una dimensión. Posteriormente, en grupos, se definió una prioridad para cada barrera que podía

ser alta, media o baja en función de su impacto en la vida de las personas y en la viabilidad de abordarlos con intervenciones. El fin de esto es que todas las personas contaran con información heterogénea para tomar la decisión sobre cuál es la problemática más importante. Finalmente, se llegó a las cuatro barreras más relevantes a través de una votación anónima secuencial, en la que se fueron eliminando las barreras menos votadas de manera paulatina (Odland et al., 2020)

Otro ejemplo es el trabajo de priorización hecho en Azarshahr, una importante ciudad ubicada en Irán, en el año 2011. El estudio consistió en priorizar diversos tipos de patologías que se previenen, diagnostican y tratan en el sistema de salud de dicho país. Una vez que los tipos de enfermedades fueron priorizadas, se seleccionaron las intervenciones al sistema de salud que solucionaban aquellas con mayor prioridad. Para esto se reunió información de la población a través de *focus groups* y entrevistas personales semiestructuradas. Luego, se contrastó la información obtenida de la población con la información estadística disponible, para finalmente generar la priorización a través del método de Hanlon. El problema más relevante fue la salud mental, por lo que el estudio propone algunos planes de contingencia para enfrentar este problema (Mokhtari et al., 2013).

Para la priorización hecha en este trabajo, se utiliza un método de encuesta cuantitativo, más simple que los métodos presentados en esta sección para evitar las complicaciones asociadas principalmente, el tratamiento de muchos datos y encuestas complejas difíciles de entender. Además, se les pregunta a los encuestados su opinión y que valoren distintos programas de mejora al sistema de salud considerando que son parte de una sociedad y no basándose solo en sus necesidades personales, a diferencia de los métodos cuantitativos presentados anteriormente.

2.4. Planificación e implementación de programas

Normalmente el proceso de implementación de programas en sistemas de salud se describe en estudios de casos, lo que significa que generalmente no existe un método sistemático para la implementación de una intervención en diferentes niveles de un sistema, lo que dificulta el avance del programa pues se desconocen los facilitadores y obstáculos que se enfrenta y por ello no es posible tomar medidas correctivas a tiempo en caso de ser necesarias (Proctor et al., 2011). Se debe considerar que la planificación de la implementación de un programa tiene un efecto claro en la sostenibilidad de la intervención en el largo plazo (Pluye et al., 2004), pero existen diversos factores que limitan la planificación en términos de

participación de las partes interesadas como las políticas públicas, la historia de la comunidad, normas y valores de las personas. Existen también condiciones demográficas, económicas y geográficas que moldean las estrategias para la planificación e implementación de un nuevo programa (Kegler et al., 2011). En países no desarrollados los factores a considerar en la implementación de programas de mejoras al sistema de salud se multiplican, y de no ser considerados ponen en riesgo el éxito de la intervención. La constante inestabilidad política y/o social, la creciente demanda por servicios de salud con tecnología poco costo-beneficiosa en términos económicos, un alto costo de brindar estos servicios médicos y las dificultades para dar cobertura a toda la población, incluso a las personas aisladas geográficamente, genera que los déficits presupuestarios, condición común en países no desarrollados, crezcan año a año, lo que hace imprescindible generar una planificación que considere el contexto específico del país y un sistema de monitoreo que permita asegurar el cumplimiento de los objetivos del programa (Mohapatra y Paramita, 2016)

De igual manera, existen antecedentes de diversas formas de implementar mejoras en sistemas de salud alrededor del mundo. Una de ellas es a través del protocolo de Mapeo de Intervenciones (MI), presentado en 1998, por Bartholomew, Parcel y Kok como respuesta a la falta de un marco integral para el desarrollo de programas de mejora a los sistemas de salud. Este método consiste en considerar seis etapas o más, cada una de ellas con un objetivo determinado, que van desde identificar el grupo de personas que será beneficiado por el programa a implementar, hasta generar un plan de evaluación todo esto basado en la evidencia. Este método resulta útil tanto para nuevas intervenciones como para adecuar un programa existente a un nuevo segmento de la población. El Mapeo de Intervenciones permite considerar la identificación de los determinantes conductuales y ambientales relacionados con un problema objetivo, y la selección de los métodos teóricos y aplicaciones prácticas más apropiados para abordar los determinantes identificados. (Bartholomew et al., 1998). En la Tabla 1 se presentan los pasos que establece este método. Un ejemplo de aplicación de este método es un estudio realizado en Australia, el año 2017, donde se generó la planificación de la implementación de un programa para prevenir lesiones en jugadores de fútbol australiano. Para ello, definieron los siete pasos que presenta el protocolo y generaron objetivos aplicados al contexto. En primer lugar, se definió que el programa sería implementado en 22 equipos de Australia; en el segundo paso, se definió que los entrenadores serían los responsables del programa; en el tercer paso se declaran las actividades que se deben llevar a cabo para cumplir el objetivo del programa; en el paso cuatro se identifican los facilitadores y obstáculos

para que el responsable del programa materialice los cambios necesarios en el funcionamiento diario del equipo; en el quinto paso, se generan vínculos entre los objetivos, las actividades y las estrategias que se deben seguir para lograr el impacto esperado del programa; en el paso seis se identifican facilitadores y obstáculos generales del programa y en el paso siete se desarrollan las herramientas necesarias para asegurar el cumplimiento del plan como presupuestos y evaluaciones de desempeño (Donaldson et al., 2017). En la tabla 1 se resume el detalle de los seis pasos que considera el modelo original.

Tabla 1: Protocolo Mapeo de Intervenciones

Paso	Objetivo	Tareas
Paso 1	Evaluar necesidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un grupo de planificación que incluya posibles participantes del programa y planificar la evaluación de necesidades 2. Realizar la evaluación de necesidades utilizando el modelo PRECEDE 3. Equilibrar la evaluación de necesidades con una evaluación de la capacidad de la comunidad. 4. Vincular la evaluación de necesidades con la planificación de la evaluación
Paso 2	Identificar objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicar el cambio esperado o los resultados del programa según condiciones conductuales y ambientales 2. Subdividir objetivos según condiciones conductuales o ambientales 3. Seleccionar los determinantes de las condiciones conductuales y ambientales que generan el problema 4. Crear una matriz de objetivos para cada nivel de planificación de la intervención
Paso 3	Diseñar la intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar las ideas del programa con los participantes previstos y use sus perspectivas al elegir métodos y estrategias 2. Utilizar procesos centrales para identificar métodos teóricos que pueden influir en los cambios. 3. Elegir los métodos teóricos del programa 4. Diseñar estrategias prácticas para implementar los métodos seleccionados 5. Asegúrese de que las estrategias finales coincidan con los objetivos del paso 2
Paso 4	Desarrollar la Intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir opiniones de los participantes en la planificación 2. Describir el alcance y la secuencia del programa 3. Preparar documentos y pautas para la implementación del programa 4. Revisar los materiales del programa y verificar relación con los objetivos 5. Desarrollar materiales del programa 6. Probar los materiales del programa y supervisar la producción final.
Paso 5	Implementar la Intervención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar usuarios potenciales del programa de promoción de la salud 2. Difundir los objetivos de desempeño para la adopción, implementación y sostenibilidad del programa 4. Seleccionar estrategias para abordar el cambio en las organizaciones involucradas 5. Diseñar intervenciones para adoptar los cambios necesarios
Paso 6	Evaluar la efectividad del plan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Describir el programa como un modelo lógico 2. Escribir preguntas de evaluación basadas en los objetivos de resultados del programa para la calidad de vida, la salud, el comportamiento y entorno 3. Redactar preguntas de evaluación sobre los objetivos de desempeño 4. Escribir preguntas de evaluación de procesos basadas en las descripciones de métodos, condiciones, estrategias, programa e implementación 5. Desarrollar indicadores y medidas y especificar el diseño de la evaluación

Fuente: Bartholomew et al. (2005)

Un segundo método es el modelo PRECEDE-PROCEED (Por su sigla en inglés Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation– Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development). Este modelo proporciona una estructura para aplicar teorías y conceptos de forma sistemática para la planificación y evaluación de programas de cambio de comportamiento en la salud, para mejorar la vida de las personas. Este modelo se comienza a desarrollar en 1970, cuando se genera el modelo PRECEDE, que se basa en el diagnóstico educativo para luego generar una intervención que solucione un problema específico. A pesar de generar bases sólidas para la identificación de un problema y su solución, existieron críticas por la falta de pensamiento estratégico en la planificación, por lo que en 1991 este marco de referencia se complementa con el modelo PROCEED, para incorporar factores del entorno. La versión más reciente de este método fue presentada en 2005, con un modelo enfocado en identificar los determinantes de un resultado y como las acciones afectan estos determinantes. En la tabla 2 se presenta una descripción de las fases de este programa (Glanz et al., 2008; Kline y Huff, 2007). Un ejemplo de la aplicación de este método es la planificación de un programa de mejoramiento de salud bucal para la población adulta en situación de discapacidad intelectual y de desarrollo cognitivo de Estados Unidos. El resultado de la aplicación de este método es una estrategia con acciones planificadas, con foco en el desarrollo de capacidades, adaptaciones del entorno y refuerzo del rol del cuidador dentro de los hogares donde se da cuidado a personas con esta condición. La estrategia está diseñada para aumentar la eficacia del cuidador, las expectativas de resultados y la capacidad de autocuidado de las personas en situación de discapacidad, a la vez que se influencia para crear condiciones del entorno favorecedoras para un mejor comportamiento de autocuidado del adulto. Se prevé que esta estrategia mejorará la salud bucal y la calidad de vida, incluida la salud respiratoria, de las personas en situación de discapacidad (Binkley y Johnson, 2013)

Tabla 2: Modelo PRECEDE-PROCEED

Fases PRECEDE	Fases PROCEED
Fase 1 – Diagnóstico Social	Fase 5 – Implementación
Fase 2 – Diagnóstico epidemiológico, conductual y ambiental	Fase 6 – Evaluación del Proceso
Fase 3 – Diagnóstico educativo	Fase 7- Evaluación del impacto
Fase 4 – Diagnóstico Administrativo y de políticas	Fase 8 – Evaluación de resultados

Fuente: Glanz et al., 2008

Un tercer modelo para planificar la implementación de un programa en salud es el PEN-3, que resalta la multiculturalidad de las personas en las intervenciones de mejora de los sistemas de salud y todas las estrategias deben considerar como elemento central la cultura de la población beneficiada, donde la identidad cultural de las personas, junto con las expectativas y relaciones generan el empoderamiento cultural que da espacio, o no, para una intervención específica, tan como se muestra en la ilustración 1 (Kline y Huff, 2007; Vetta et al., 2015). Como ejemplo, en Estados Unidos se generó un programa para prevenir la diabetes para la población adulta afroamericana utilizando el modelo PEN-3, donde el primer paso fue entrevistar a representantes de la población que se vería beneficiada por el programa, además de la realización de focus groups con adultos afroamericanos que tuvieran riesgo de padecer diabetes o fueran cuidadores de personas con la enfermedad dentro de su familia, junto a proveedores de servicios médicos. De ambas instancias, se logró recoger información relevante para generar campañas de prevención, como por ejemplo, los lugares donde la propaganda sería más efectiva, cual es la información que maneja la población sobre la enfermedad y cuáles son las conductas de riesgo más comunes (Cowdery et al., 2012).

Ilustración 1: Modelo PEN-3



Fuente: Vetta et al. (2015)

Otra forma de generar la planificación para la implementación de programas de salud es centrar todas las actividades en mejorar la calidad de vida de las personas. Se entiende por calidad de vida la percepción del individuo respecto a su vida en el hogar y la comunidad, su realización en su trabajo y su nivel de salud físico y mental. Existen dos métodos para dar énfasis en la mejora de la calidad de vida en las planificaciones. La primera alternativa consiste en centrarse en los usuarios y las necesidades que diagnostican ellos mismos, lo que se traduce en objetivos del programa que se trabajan de forma individual; el fin de esta técnica es mejorar la capacidad del sistema de servicios de salud para satisfacer las necesidades que identifican los posibles beneficiarios. La segunda alternativa se centra en los profesionales y la información pública, generando objetivos de acuerdo a las falencias diagnosticadas, las que se clasifican en áreas de la calidad de vida de las personas y se generan estrategias por área para reducir las brechas anteriormente identificadas (Schalock, 2004).

En contraste, Fertman (2016) presenta en su libro una serie de pasos para generar la planificación de un programa, que considera gran parte de los elementos del resto de los modelos. El primer paso es definir la misión de la intervención de forma clara e inspiradora, de forma que sea útil para comunicar a las personas involucradas en la intervención la importancia de hacer un buen trabajo. Luego, se deben generar objetivos que tengan una relación causal y señalarán los pasos a seguir para lograr la misión del programa; cada objetivo debe tener una meta ambiciosa, pero realista que comunique el resultado esperado. Una vez que los objetivos fueron definidos es necesario definir un conjunto de actividades, procesos, iniciativas y técnicas para lograr los objetivos. Se recalca que se debe evaluar la necesidad de brindar formación a las personas involucradas, delimitar el alcance del programa y definir claramente en qué tipo de programa se está trabajando, es decir si se trata de un programa enfocado a la prevención, de mejora a las condiciones actuales u otro tipo. Fertman también lista tipos de intervenciones, que podría apoyar la formulación tanto de objetivos, como de actividades para lograrlos, orientando el tipo de resultado que se espera del programa. Estos tipos de intervenciones son las siguientes: Instancias de formación lectivas, cursos, cambios en el entorno (condiciones económicas, sociales o físicas que cambian comportamientos de las personas), apoyo social, campañas comunicacionales y abogacía (Fertman et al., 2016).

Otro enfoque, que podría ser complementario a los métodos anteriores, es el que brinda el modelo RE-AIM (por su sigla en inglés, reach, efficacy, adoption, implementation and maintance), que consiste en un marco de referencia con cinco dimensiones, a las que alude su nombre, que son relevantes para evaluar la difusión y el potencial beneficio de un programa

de mejora a los sistemas de salud. En primer lugar, se define el alcance, es decir el porcentaje y la representatividad de las personas que están dispuestas a participar en un determinado programa. Luego, se debe estudiar la eficacia o efectividad de la intervención, que corresponde al impacto incluyendo efectos negativos, resultados económicos y efecto en la calidad de vida de los beneficiarios. La tercera consideración es la adopción, que es representado por el porcentaje y la representatividad de entornos y personal de intervención que esté dispuesto y sea capaz de probar un programa de promoción de la salud. El cuarto elemento presentado por el autor es la implementación, el cual consiste en analizar la coordinación de las actividades necesarias para llevar a cabo el programa, incluyendo los plazos estimados y la necesidad de recursos. Finalmente, se debe considerar los factores críticos para la sostenibilidad de la intervención, lo que corresponde al mantenimiento del programa. Este método se aplicó a programas como parte del trabajo realizado por el Consorcio de Cambio del Comportamiento (BCC, por sus siglas en inglés), que investigar intervenciones conductuales para cambiar el consumo de tabaco y alcohol, el estilo de vida sedentario y la mala alimentación (Klesges et al., 2005). Como ejemplo de aplicación de este método, en Guatemala se justificó la pertinencia de un programa para la promoción de la actividad física utilizando el modelo RE-AIM. Para esto, se organizó un taller con trabajadores del área de la salud, donde se discutió cada consideración que presenta el modelo en torno a dos posibles programas relacionados a promover la actividad física en la población, de esta forma, fue posible distinguir diferencias en los programas, que justificarían la implementación de uno por sobre el otro, principalmente por el beneficio para la población y su mayor alcance (Lee et al., 2017)

De igual forma, a pesar de existir diversas formas de implementar un programa para mejorar la salud de las personas, existen diversos casos que no logran los resultados esperados. Rochlin, Ninivaggi y Benach (2019) analizan los programas con los que se han enfrentado algunas enfermedades transmitidas por insectos al humano en diversos países durante los últimos años y evalúan si las estrategias adoptadas son o no efectivas. El caso de fracaso que destaca es el de Estados Unidos y el control del Lyme, enfermedad transmitida por garrapatas al humano, desde 1982 y hasta la actualidad. La estrategia adoptada sugería que con una buena campaña educativa para la población enfocada en la prevención (limpieza, uso de repelente y autocuidado general) sería suficiente para controlar los brotes de la enfermedad, por lo que se dispusieron pocos recursos para tratamientos y vacunas. Esta estrategia no logró demostrar un efecto significativo en el control de la enfermedad, en

términos de números de personas contagiadas ni en grupos de personas que seguían las medidas promovidas por las campañas educativas respecto a las personas que no seguían las recomendaciones. A pesar de que esta enfermedad fue considerada una pandemia e incluso tiene similitudes importantes con la malaria, enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos, gran parte de los recursos disponibles para enfrentar esta pandemia se gastó en investigación y no en control y prevención, al contrario de lo que sucedió en el caso de la malaria, enfermedad que se logró controlar en la ex Unión Soviética a través de una masiva campaña de vacunación y estrategias de largo plazo para el control de los mosquitos que transmiten la enfermedad (Rochlin et al., 2019).

En países de ingresos bajos, muchos de los servicios básicos, como atención primaria de salud, son proveídos por Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y sin fines de lucro, haciéndose cargo de las barreras existentes del sistema de salud de países con estas características. Normalmente estas organizaciones ocupan formas de planificación flexibles pero simples, basados en la población y su comportamiento con foco en el desarrollo comunitario y social y en general logran resultados positivos y significativos en la población que atienden, comparándola con grupos humanos que no acceden a los programas implementados por las ONGs (Ejaz et al., 2011; Hadi, 2001). De igual forma, el apoyo Gubernamental en alianzas resulta beneficioso para la población, pues la evidencia de la investigación indica que trabajar de forma aislada puede resultar en la duplicación de esfuerzos y el fracaso en el logro de los objetivos de salud, mientras que la colaboración entre los proveedores de atención médica puede generar sinergia y facilitar el flujo de información. Como ejemplo, existe el caso de Bangladesh, donde la cooperación coordinada entre una ONG dedicada a brindar financiamiento a pymes y el gobierno de dicho país resultaron en mayor educación en la población respecto a la planificación familiar y la construcción de numerosas clínicas comunitarias, de las cuales la mitad consolidó su funcionamiento. En dicho país, la cooperación entre ONGs y los organismos estatales han permitido generar resultados exitosos como por ejemplo, el control de la Tuberculosis, donde el gobierno conserva la propiedad en las áreas de formulación e implementación de políticas, desarrollo de recursos humanos y control presupuestario y las ONGs se encargan de facilitar las actividades dentro de las políticas y estrategias nacionales; dicho de otra forma, los organismos estatales generaron una estrategia nacional y coordinaron los recursos necesarios mientras las ONG se encargaron de implementar este programa en localidades específicas, según las directrices dadas por los organismos gubernamentales (Mercer et al., 2004; Zafar Ullah et al., 2006).

Los diferentes métodos para planificar e implementar programas de mejoramiento de la salud tienen como objetivo facilitar la creación de una intervención y lograr beneficiar a la población respecto a un problema específico, sin embargo, tienen diferencias sustanciales en su aplicación, pues cada modelo adopta un enfoque diferente. En la Tabla 3 se presenta una comparación entre los métodos más usados según criterios necesarios para generar una planificación con enfoque estratégico.

Tabla 3: Tabla comparativa de métodos de planificación de programas de salud

Modelo	Modelo Flexible	Considera elementos culturales de la población	Considera elementos del entorno	Considera distribución de recursos y responsables	Considera Monitoreo y Evaluación	Aplicaciones prácticas
Mapeo de Intervenciones	Sí	Sí	Sí	No, pero se puede incluir.	Sí	Ampliamente probado
PRECEDE-PROCEED	No	Sí	Si	Sí	Sí	Ampliamente probado
PEN-3	No	Sí	Sí	No	No	Ampliamente probado
Fertman et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Poco utilizado
RE-AIM	No	Se puede considerar de forma indirecta	Se puede considerar de forma indirecta	No	Sí	Pocas aplicaciones

Fuente: Elaboración propia

Para efectos de este trabajo, se aplicará el modelo MI. Este marco abarca desde los aspectos más básicos de la planificación, permite considerar elementos del entorno y aspectos culturales de la población beneficiada y además es flexible en cuanto a la extensión de la planificación, según lo requerido por la intervención que se está trabajando, lo que permite incluir factores no considerados en el modelo original, como la asignación de presupuestos y responsables. Además, existe basta evidencia de sus aplicaciones exitosas en diversos tipos de programas de mejora de los sistemas de salud, a diferencia del modelo propuesto por Fertman et al (2016), el cual no cuenta con documentación de sus aplicaciones y los resultados obtenidos.

2.5. Indicadores de monitoreo

En el contexto de los sistemas de salud, se usan sistemas de medición del desempeño con el fin de monitorear la implementación y los resultados de las intervenciones vigentes, lo que debiera traducirse en mejoras en el sistema de Salud de acuerdo a los objetivos de cada programa evaluado (Degroff et al., 2010). Los sistemas de medición del desempeño contienen indicadores, que se definen como medidas concisas que describen aspectos relevantes de un sistema y que permiten las comparaciones en el tiempo y con otros sistemas (Frenz et al., 2013), estos deben ser precisos, objetivos, oportunos y entendibles, de esta forma la información que compilan resulta útil para la gestión de los programas y organizaciones (Merchant y Stede, 2007). Los indicadores cumplen tres roles fundamentales dentro de los sistemas de salud: el entendimiento del funcionamiento del sistema, el monitoreo del desempeño respecto a un estándar establecido y la rendición de cuentas hacia los pacientes, el gobierno y los aportantes (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2017). Una consideración relevante para los sistemas de monitoreo, es que se debe tener acceso a fuentes de información fiables para alimentar el sistema de indicadores, también debe ser posible recolectar, analizar y emitir reportes de la información recopilada (Degroff et al., 2010).

Existen diversos planteamientos de como formular un sistema de medición del desempeño. En primer lugar, Cohen y Martínez (2004) presentan una metodología de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos, en la cual establecen que el primer paso es un identificar una necesidad en una población particular, fijar una línea de partida, un plazo estimado y analizar las diversas variables que afectan el problema o necesidad a resolver. Para la formulación presentan que lo clave es generar objetivos de impacto, indicadores y metas, esto bajo el principio de análisis de costo-beneficio, además de barajar alternativas según los posibles cambios en el contexto del proyecto. Finalmente, para el monitoreo postulan que es necesario generar un set de indicadores cuidadosamente seleccionados, con el fin que sean comparables en el tiempo, entendibles y que midan la evolución real de las necesidades cubiertas por el proyecto, aislando el impacto de variables externas a la gestión de los programas evaluados.

Otro punto de vista es lo planteado por Rossi, Lipsey y Freeman (2004) que exponen que la evaluación de los proyectos o programas sociales, incluyendo intervenciones en los sistemas de salud, debe investigar la efectividad de la intervención social de los programas. Su metodología se basa en las técnicas y conceptos de las disciplinas de las ciencias sociales que resulten ser útiles para mejorar los programas e informar la acción social destinada a

mejorar. En su libro, se presentan cinco tipos de evaluaciones de los proyectos que entregan distinto tipo de información según la etapa del proyecto y permiten tener una visión completa del programa evaluado. Los tipos de evaluaciones son: (a) Evaluación de necesidades, que busca entender las carencias de la población para determinar un programa que sea adecuado al contexto y apoye las necesidades identificadas. (b) Evaluación de la teoría del programa, que se enfoca en el contexto y diseño del proyecto con el fin de evaluar la factibilidad de la implementación del modelo. (c) Evaluación del proceso del programa, que corresponde al tipo de evaluación usado más frecuentemente. Corresponde a la medición sistemática y continua de los aspectos clave del desempeño del programa evaluado. El desempeño se observa en las características de la población o condiciones sociales y no aspectos del programa, además se debe aislar el efecto de otras variables que pudieron haber influido en el estado actual de la población, además del proyecto implementado. (d) Evaluación del impacto del programa, que compara el resultado esperado en el diseño del programa y el resultado que realmente se logró y (e) Evaluación de eficiencia, que considera la relación costo-beneficio y costo-efectividad del proyecto.

Por su parte, Lledó y Rivarola (2007), afirman que la medición del desempeño de un programa social está estrechamente relacionada con la planificación de este. Hacen énfasis en el equipo que participa en la planificación, debiera ser parte del equipo que implementa el proyecto. La evaluación del proyecto debe considerar evaluaciones a nivel individual (unidades, departamentos e incluso cargos individuales) y globales, de esta forma es posible identificar más fácilmente las posibles causas del éxito o fracaso de cada proyecto.

Un enfoque que podría resultar complementario a lo presentado anteriormente es lo presentado por Schalock (2004) que propone medir el desempeño de programas sociales según el impacto en la calidad de vida de las personas. En esta línea, considera dos posibles enfoques. Primero, la evaluación basada en resultados que utiliza resultados referidos a las personas y objetivos para evaluar en qué medida el programa está alcanzando las metas y objetivos impuestas. Este enfoque también considera la posibilidad de medir el impacto comparando el desempeño del programa con lo logrado con un proyecto similar en contextos comparables y el costo-beneficio, comparando si el costo del programa es efectivamente menor que el beneficio que entrega a la población. Segundo, Schalock propone realizar una evaluación longitudinal y basada en la ejecución de los indicadores de calidad de vida. Se deben incluir indicadores objetivos y subjetivos con el fin de incorporar los hechos tangibles

que el programa ha logrado cambiar junto a la percepción de las personas respecto a estos cambios, para verificar que realmente existe un efecto que la población aprecia.

Otras aproximaciones a la medición del desempeño de los proyectos se incluyen en los mismos modelos de planificación de las intervenciones revisados anteriormente. Dentro de los modelos que incluyen en sus metodologías una evaluación se encuentra el mapeo de intervenciones, donde se incluye en el sexto y último paso la evaluación de la efectividad del plan, donde se espera generar indicadores para evaluar aspectos de calidad de vida, salud, comportamiento y entorno. Un segundo modelo que incluye una etapa de monitoreo es el PRECEDE-PROCEED donde las fases finales del modelo se orientan a evaluar procesos y resultados del programa una vez que ya fue implementado. Por su parte Fertman et al argumentan que se hace necesario generar un plan de monitoreo con el fin de lograr los objetivos planteados en la planificación. Finalmente, el modelo RE-AIM destaca que es muy importante para lograr los objetivos esperados de las intervenciones verificar la eficacia y efectividad de la intervención, considerando tanto los impactos positivos como aquellos impactos negativos colaterales en términos económicos y de calidad de vida.

En el presente trabajo se utilizará el modelo Mapeo de Intervenciones para formular el programa, por lo que se seguirán los fundamentos de este modelo para elaborar el sistema de evaluación del desempeño de la intervención diseñada.

3. RESULTADOS

En este capítulo se presenta la información recopilada a través de encuestas que permitieron realizar la priorización de los programas de mejora a barreras de acceso a la salud. Luego se detalla la planificación y diseño del programa con mayor prioridad y los sets de indicadores que permitirán monitorear la implementación, avance y desempeño de la intervención seleccionada. Cabe destacar que la encuesta realizada para capturar las preferencias de las personas fue diseñada de manera tal, que los participantes presentaron sus opiniones en dos formas, la primera a través de asignar un nivel de urgencia a los diferentes programas disponibles y la segunda a través de la asignación de puntajes a los mismos programas con propósitos de validación.

3.1. Priorización de programas

La priorización de las posibles intervenciones es el paso inicial para generar mejoras al sistema de salud vigente en Chile. La participación ciudadana resulta beneficiosa para generar una priorización que esté en línea con las necesidades y preferencias de las personas que no necesariamente son las necesidades que identifican las autoridades (Black y Mooney, 1984). De esta manera, al considerar la opinión de las personas es posible darle la urgencia que percibe la población a las potenciales mejoras a implementar en el sistema de salud.

Para capturar la opinión de las personas se realizaron una de tipo panel con dos etapas. En la primera instancia se entrevistó a un total de 1.885 personas, pertenecientes a tres regiones del país consideradas representativas. El objetivo de esta primera encuesta fue identificar las barreras de acceso a los servicios de salud que afectan a la población. Por tanto, se incluyen preguntas orientadas a la caracterización de la población y se identificaron las barreras de acceso al sistema de salud que enfrentan. Luego, el objetivo de la segunda encuesta fue analizar prioridades de superación de las barreras previamente señaladas. De esta manera, las barreras identificadas se agruparon para luego diseñar una segunda encuesta donde se presentan programas que permiten mejorar el acceso al sistema de salud chileno haciéndose cargo de la totalidad de las barreras previamente descritas en la primera encuesta. Los programas formulados para la segunda encuesta y su relación con las barreras de acceso a la salud se describen en la Tabla 4.

Tabla 4: Programas para superar las barreras de acceso identificadas

Programa	Descripción	Barreras asociadas
A	Invertir en nueva infraestructura de salud, tales como hospitales, consultorios, entre otros, para facilitar el acceso, haciéndolo más cercano, y así reducir el tiempo de viaje	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia del hogar hasta el lugar de atención - Falta de disponibilidad de establecimientos de atención médica
B	Ampliar la cobertura de los seguros de salud (Isapre, Fonasa, entre otros) para incluir otras consultas médicas, medicamentos, exámenes de laboratorio y medicina alternativa	<ul style="list-style-type: none"> - Alto valor asociado al seguro de salud y bajo nivel de cobertura - Inexistente o bajo nivel de reembolso para homeopatías, medicamentos, exámenes y consultas médicas
C	Aumentar el número de médicos/especialistas disponibles en el país y mejorar la comunicación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de atención de salud – Sin recibirla – de especialistas y salud preventiva - Lenguaje poco claro utilizado por el médico al dar indicaciones al paciente
D	Invertir en sistemas informáticos para hacer más fácil y rápida la reserva de horas médicas	<ul style="list-style-type: none"> - Largos tiempos de espera para obtener una cita médica
E	Mejorar la distribución de los programas de salud, como por ejemplo de salud bucal, salud sexual y reproductiva, salud mental, entre otros, y difundir de mejor manera la existencia de estos programas en todas las regiones del país.	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de los programas de salud existentes
F	Mejorar la disponibilidad de medicamentos en todos los hospitales, consultorios y farmacias	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para acceder a los medicamentos prescritos por el médico - Alta inversión monetaria de los pacientes para pagar por los medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Con los programas formulados se procedió a realizar una segunda encuesta, en la cual se logró entrevistar al 60,5% de la muestra original lo que corresponde a 1.142 personas. El fin de esta segunda instancia fue que las personas expresaran su opinión respecto a la urgencia de implementación de los diferentes programas disponibles para generar una priorización e identificar el programa que los usuarios del sistema de salud chileno consideran más importante. Esta segunda encuesta se compone de cuatro partes. En la primera parte, las personas debían priorizar los seis programas disponibles ranqueándolos de acuerdo a la

importancia que cada encuestado da a cada uno de ellos, en su decisión tenían permitido asignar la misma prioridad a más de un programa, por ejemplo, asignar la primera prioridad al programa A y B, lo que implica que ningún programa tendrá asignada la sexta prioridad. En la tabla 5 se presenta el porcentaje de personas según la cantidad de programas asignados a cada prioridad.

Tabla 5: Porcentaje de personas según cantidad de programas clasificados por prioridad

	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Prioridad 4	Prioridad 5	Prioridad 6
0 programas	-	10,2%	18,1%	27,4%	37%	47,8%
1 programa	56,4%	69,6%	74,4%	70,8%	62,6%	52,2%
2 programas	20,1%	14,2%	6,9%	1,5%	0,4%	-
3 programas	10,2%	4,6%	0,4%	0,3%	-	-
4 programas	2,3%	0,8%	0,2%	-	-	-
5 programas	0,8%	0,6%	-	-	-	-
6 programas	10,2%	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia

Los aspectos más relevantes, sobre el porcentaje de personas según la cantidad de programas en cada prioridad es que el 56,4% de las personas encuestadas posicionan con prioridad uno solo un programa mientras que el 20,1% señala dos programas en esta posición. Cabe destacar que el 10,2% de los participantes en la encuesta señala que todos los programas propuestos son relevantes y por lo tanto les asignan la prioridad más alta, esto quiere decir que no asignaron programas en las prioridades más bajas. El resto de las personas asigna 3, 4 o 5 programas. Respecto a la prioridad 2, el 69,6% de las personas asignaron solo un programa en esta prioridad, un 14,2% asignan dos programas en la prioridad 2 y un 4,6% asigna tres programas en esta prioridad, mientras que un 10,2% no asigna ningún programa en esta prioridad, pues ya asignaron todos los programas en la prioridad uno. El resto de las prioridades se distribuye de forma similar: la mayoría asigna un programa en cada prioridad y el porcentaje de personas que asigna más de una intervención disminuye sustancialmente. En las prioridades más bajas aumenta la proporción de personas que no clasifica programas, pues ya habían clasificado la totalidad de las posibles intervenciones en las prioridades anteriores. La cantidad de programas asignados por prioridad se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6: Cantidad de respuestas por prioridad

Prioridad	Cantidad de programas clasificados
Primera prioridad	2.304
Segunda prioridad	1.346
Tercera prioridad	1.028
Cuarta prioridad	852
Quinta prioridad	724
Sexta prioridad	596

Fuente: Elaboración propia

De forma coherente con la Tabla 5, la cantidad de programas clasificados en las prioridades más altas es mayor a la cantidad de programas que se asignaron en las prioridades inferiores, debido a que aquellos entrevistados que asignan más de un programa en las prioridades superiores, dejarán las prioridades inferiores vacías. Respecto a la distribución en porcentajes de la asignación de prioridades de los programas, los resultados se presentan en la Tabla 7

Tabla 7: Distribución en porcentajes de la asignación de prioridades de los programas

Programa	Porcentaje en prioridad uno	Porcentaje en prioridad dos	Porcentaje en prioridad tres	Porcentaje en prioridad cuatro	Porcentaje en prioridad cinco	Porcentaje en prioridad seis
A – Infraestructura	16,5%	14,5%	14,3%	16%	18,2%	25,5%
B - Cobertura seguros de Salud	15,7%	17,4%	17,7%	19%	19,6%	10,1%
C – Médicos y Especialistas	34,7%	16%	6,3%	3,4%	1,8%	3,2%
D – Sistemas Informáticos	9,0%	13,4%	18,2%	20,9%	23,9%	36,1%
E – Difusión programas	11,8%	19,1%	23,8%	21%	18,5%	9,2%
F – Medicamentos	12,3%	19,6%	19,6%	19,7%	18%	15,9%

Fuente: Elaboración propia

De la tabla 7 se desprende que el programa más nombrado en la prioridad uno, con el 34,7% de las menciones, es el programa C que tiene relación con aumentar el número de médicos y especialistas en ejercicio junto con mejorar la comunicación médico-paciente. En segundo y tercer lugar se encuentran el programa A, que trata de mejorar la infraestructura, con un 16,5% y el programa B, que busca ampliar la cobertura de los seguros de salud. Respecto a la prioridad dos, el programa F, relacionado con mejorar la distribución de medicamentos, concentra el mayor porcentaje con el 19,6% de las asignaciones, en segundo lugar, se encuentra el programa E, relacionado con mejorar la difusión de los programas actuales disponibles en el sistema de salud, con un 19,1% y en tercer lugar se encuentra el programa B, con el 17,4% de las asignaciones. En la tercera prioridad, el programa con mayor cantidad de menciones es la intervención E con un 23,8% de las asignaciones; en segundo y tercer lugar se encuentran los programas F y D con un 19,6% y 18,2% de las asignaciones respectivamente.

En la segunda parte, los encuestados debieron distribuir una cantidad limitada de puntos entre los seis programas disponibles considerando que un mayor número de puntos significa asignarle una mayor prioridad para ser implementado. Esta sección de la encuesta busca lograr coherencia entre la priorización realizada en la primera parte de la encuesta y los puntos asignados en esta parte, es decir, si una persona en la primera sección de la encuesta asignó la prioridad 1 al programa D, la prioridad 2 al programa B, y la prioridad 3 al resto de los programas, se espera que la misma persona le asigne un mayor número de puntos a los programas D y B respecto al resto de las intervenciones presentadas o incluso, podría solo repartir los puntos entre los programas mencionados, distribuyendo un número mayor al programa D, y no asignarle puntaje al resto. La cantidad de puntos asignados por programa se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8: Cantidad de puntos asignados por programa

Programa	Puntos	Porcentaje
C – Médicos y Especialistas	6.278	30,5%
A – Infraestructura	3.201	15,6%
B - Cobertura seguros de Salud	3.176	15,5%
F – Medicamentos	3.037	14,8%
E – Difusión programas	2.836	13,8%
D – Sistemas Informáticos	2.068	9,9%

Fuente: Elaboración propia

Con estos datos se llega a una apreciación similar a la información inferida en la primera parte de la encuesta sobre los programas que la población considera más urgentes. El programa que acumula más puntos es el programa C, con 6.278 puntos. En segundo y tercer lugar se encuentran los programas A y B, con 3.201 y 3.176 puntos respectivamente.

El siguiente paso es analizar la información de ambas etapas de la encuesta de forma conjunta. Para esto se desagregan los puntajes asignados a cada programa, por cada persona encuestada, según la prioridad que le asignó en la primera etapa de la encuesta. Esta información se presenta en la tabla 9.

Tabla 9: Cruce de priorización y asignación de puntajes

		Programa A	Programa B	Programa C	Programa D	Programa E	Programa F	Total
Prioridad 1	Respuestas	380	361	800	208	272	283	2.304
	Puntaje Total	1.862	1.563	5.069	683	1.048	1.150	11.375
Prioridad 2	Respuestas	195	234	216	180	257	264	1.346
	Puntaje Total	525	661	839	404	698	778	3.905
Prioridad 3	Respuestas	147	182	65	187	245	202	1.028
	Puntaje Total	313	404	202	317	557	518	2.311
Prioridad 4	Respuestas	136	162	29	178	179	168	852
	Puntaje Total	217	293	55	246	303	315	1.429
Prioridad 5	Respuestas	132	142	13	173	134	130	724
	Puntaje Total	168	191	22	176	160	172	889
Prioridad 6	Respuestas	152	60	19	215	55	95	596
	Puntaje Total	116	37	19	170	70	104	516
Total Prioridades	Respuestas	1.142	1.141	1.142	1.141	1.142	1.142	6.850
	Puntaje Total	3.201	3.176	6.278	2.026	2.836	3.037	20.554

Fuente: Elaboración propia

Considerando la información recogida de ambas encuestas y el cruce de estos datos, se concluye que las personas creen que la intervención que tiene una mayor prioridad para ser implementada es el programa C. En segundo y tercer lugar, se encuentran los programas A y B respectivamente.

3.2. Planificación de la Implementación de Programas

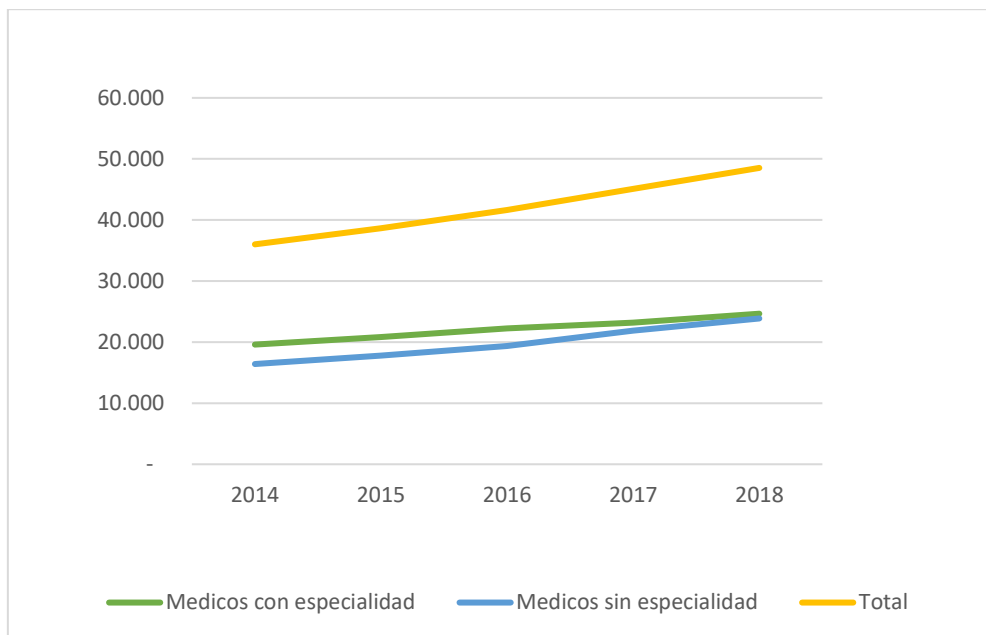
La planificación de la implementación de los programas es un factor determinante en el éxito de la intervención, pues permite generar estrategias claras para lograr los objetivos establecidos en el programa y lograr así una mejora significativa al sistema de salud que mejore el acceso a la atención médica.

En primer lugar, se considera el programa con mayor prioridad de acuerdo a la información regida en las encuestas previamente analizadas, que corresponde al programa C. Este programa busca disminuir las situaciones donde las personas requieren atención médica, pero no logran acceder a ella, además de mejorar la comunicación entre el médico tratante y el paciente. Esto implica que es necesario generar esfuerzos para que el número de profesionales de la salud, especialistas y médicos, que ejercen en los centros de salud, sea mayor para que las personas puedan acceder más fácilmente a una cita médica, a la vez que se insta a médicos y especialistas que actualmente son parte de la red de salud del país a mejorar la forma en que se comunican con los pacientes y que se aseguren que los usuarios del sistema de salud entiendan al menos los aspectos esenciales de su situación médica.

Comparativamente con otros países y en términos absolutos, Chile tiene un déficit en la cantidad total de médicos y especialistas, que arrastra hace varias décadas. Esto impacta inevitablemente en la atención que es posible brindar a los usuarios del sistema de salud, pues limita la cantidad de horas médicas disponibles para atender a la población. A pesar de los esfuerzos por revertir esta situación, según un estudio solicitado por el Ministerio de Salud el año 2019, la brecha de médicos generales es de 2.800 aproximadamente en ese año, mientras que la brecha de médicos especialistas llega a 4.600. Esta cifra es mayor a la brecha calculada anteriormente, en 2016, donde se estimó que faltaban 3.584 médicos especialistas en el sistema de salud. El mismo estudio proyecta que para el año 2030 podrían faltar 7.200 médicos en la salud pública, de los cuales 4.772 corresponderían a médicos generales y 2.428 a especialistas (Clínicas de Chile, 2019).

Al 31 de diciembre del 2018, el número de médicos inscritos era de 48.531, de los cuales 24.657 cuentan con una especialidad certificada. En la ilustración 2 se presenta la evolución del número de médicos y especialistas de los últimos años.

Ilustración 2: Cantidad de médicos por año



Fuente: Informe de brechas de médicos y especialistas de los servicios de salud y estado de situación de los recursos humanos de salud en Chile 2018 y 2019

Sobre la distribución de especialistas en las diferentes especialidades, al 31 de diciembre del 2019, el 68% de médicos tiene alguna de las siguientes 13 especialidades: Obstetricia ginecología, pediatría, anestesiología, cirugía general, traumatología ortopedia, medicina interna, psiquiatría adultos, medicina familiar, imagenología, oftalmología, cardiología, neurología y otorrinolaringología. Por otro lado, el 3,61% de los médicos especialistas tiene alguna de las siguientes especialidades: genética clínica, ginecología pediátrica y adolescente, medicina legal, nefrología pediátrica, medicina nuclear, medicina maternal fetal, cirugía cardiovascular, cirugía de tórax, endocrinología pediátrica, inmunología, gastroenterología pediátrica, cirugía de cabeza y cuello y radioterapia oncológica. Esta distribución se mantiene a través de los años sin mayores cambios (MINSAL, 2019b).

Respecto a la necesidad por especialidad, se ha observado que la evolución de los perfiles epidemiológicos y estructuras demográficas está aumentando la carga de morbilidad de los sistemas de salud de todo el mundo, referido a las enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas, lo que justifica que existan muchos médicos con especialidades relacionadas al tratamiento de enfermedades de este tipo, como cardiología y neurología (MINSAL, 2019b).

En Chile, las principales causas de defunción de los últimos años son enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades del sistema respiratorio (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019), sin embargo, tal como indican los sucesos ocurridos durante el año 2020 relacionados a la pandemia de nivel mundial por covid-19 podría existir una mayor demanda de servicios de salud por enfermedades contagiosas, pues existe un aumento de la población mundial, lo que genera que se construyan ciudades en espacios de flora y fauna silvestre, derribando barreras naturales, lo que sumado a la mutación continua del genoma de los virus, que evolucionan más rápido que la medicina, genera las condiciones para la proliferación de nuevas enfermedades virales y su rápida propagación, generando escenarios de alta demanda de servicios hospitalarios (Oldstone, 2010). Se debe considerar que a pesar de que los virus pueden ser combatidos con vacunas, estas pueden tardar años en ser creadas e incluso las enfermedades pueden permanecer activas a pesar de las campañas de inmunización, como en el caso del Sarampión, que a pesar de que se creía que se trataba de una enfermedad controlada, durante el último lustro se han identificado diversos brotes en distintos países del mundo (Masa, 2018). Además, se debe considerar la posibilidad de la existencia de virus más agresivos, como el caso del VIH que a pesar de los avances en el tratamiento y prevención, aún es una preocupación en términos sanitarios, especialmente en países de ingresos bajos (Adam et al., 2009). De esta forma, se vuelve necesario contar con los profesionales de la salud especializados en el tratamiento de virus ante la posibilidad tangible de un cambio en las enfermedades masivas, por lo que es necesario potenciar especialidades como infectología y laboratorio clínico, junto con sus especialidades y menciones relacionadas, que en la actualidad cuentan con un número muy bajo de profesionales en ejercicio en todo el país (MINSAL, 2019b).

Respecto a la distribución a lo largo del país, en la Tabla 10 se presenta el número de especialistas por región al 2018 y la cantidad de especialistas por cada 10.000 habitantes.

Tabla 10: Médicos especialistas por región

Región	N° de médicos especialistas	Población (INE 2017)	Densidad por 10.000 hab.
I Región de Tarapacá	185	352.712	5,25
II Región de Antofagasta	472	640.950	7,36
III Región de Atacama	154	320.799	4,80
IV Región de Coquimbo	489	794.359	6,16
Región Metropolitana	11.170	7.482.635	14,93
V Región de Valparaíso	1.791	1.859.672	9,63
VI Región de O'Higgins	714	934.671	7,64
VII Región del Maule	559	1.057.533	5,29
VIII Región del Bío-bío	2.005	2.141.039	9,36
IX Región de La Araucanía	886	1.001.975	8,84
X Región de Los Lagos	737	853.663	8,63
XI Región de Aysén	118	110.228	10,71
XII Región de Magallanes	231	166.395	13,88
XIV Región de los Ríos	381	410.097	9,29
XV Región de Arica y Parinacota	176	247.129	7,12
Ubicación no informada	3.157		

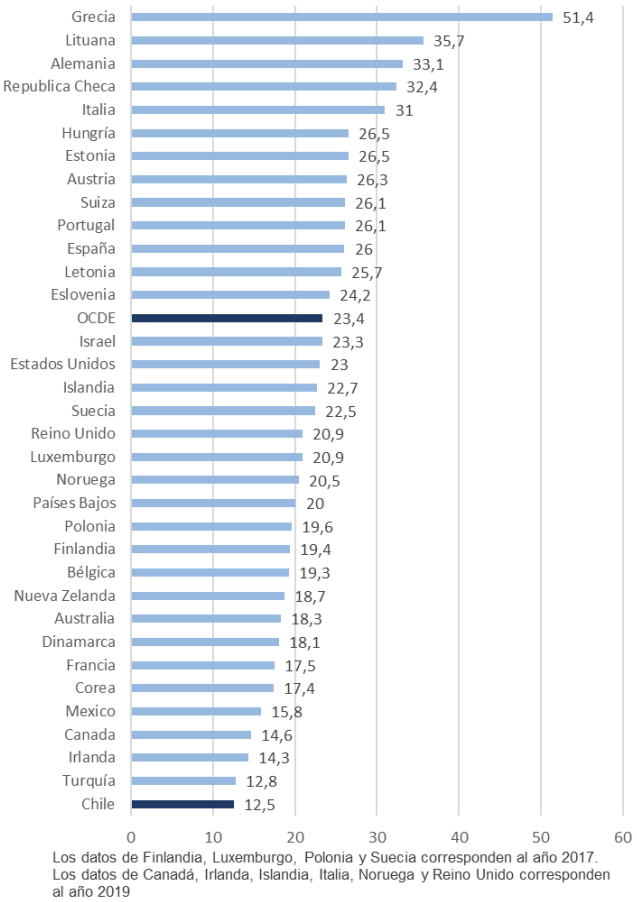
Fuente: Informe de brechas de médicos y especialistas de los servicios de salud y estado de situación de los recursos humanos de salud en Chile 2019

De la tabla 10 se desprende que la cantidad relativa de médicos especialistas, considerando el volumen de la población, es menor en las regiones ubicadas en la zona norte de Chile, donde todas las regiones tienen menos de 7,5 especialistas por cada 10.000 habitantes. Por su parte, la región metropolitana es la región con mayor dotación de médicos especialistas en términos relativos y absolutos. La zona centro y sur del país cuentan con entre 7 y 8 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes, con excepción de las regiones del Maule y O'Higgins, donde la dotación de profesionales de la salud se asemeja a las cifras de la zona norte. Finalmente, la zona Austral cuenta con más de 10 especialistas por cada 10.000 habitantes; a pesar de tener un número bajo de profesionales en la zona, similar a regiones de la zona norte, su densidad de población es mucho menor que el resto de las regiones del país.

Al comparar esta información con datos de organizaciones internacionales, como la OCDE, queda en evidencia la necesidad de aumentar el número de especialistas en Chile. A nivel

país, según los datos del 2019, Chile cuenta con 12,5 especialistas por 10.000 habitantes mientras que el promedio de la OCDE es de 23,4 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes. Realizando la comparación con países con ingresos similares, como México, Eslovenia y Corea del Sur, la situación sigue siendo adversa, pues estos países cuentan con 15,8, 24,2 y 17,4 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes, cifra superior a la alcanzada por Chile (OCDE, 2020b). Realizando la misma comparación, considerando la cantidad de médicos con y sin especialidad, la situación es similar, pues al 2019, Chile contaba con 16 médicos por cada 10.000 habitantes mientras que el promedio de la OCDE es de 34 médicos por cada 10.000 habitantes (OCDE, 2020b). En la ilustración 3 se presenta la cantidad de médicos especialistas por cada 10.000 habitantes de los países de la OCDE según el último dato disponible, que en la mayoría de los países es la información del año 2018.

Ilustración 3: Cantidad de especialistas por país por cada 10.000 habitantes



Fuente: Estadísticas OCDE (2020)

Respecto a la distribución de médicos según el sector del sistema de salud chileno, se considera que un profesional trabaja para el sector público si tiene algún contrato vigente ya sea con un servicio de salud o con los servicios de atención primaria de salud municipal, esto no impide que los médicos se desempeñen también en el sector privado. En la tabla 11 se presenta la cantidad de médicos con un vínculo laboral vigente durante los últimos años.

Tabla 11: Médicos con contrato en el sector público por año

	2015	2016	2017	2018
Médicos en el Sector Público	17.337	21.438	20.251	22.234
Porcentaje del total de médicos	44,85%	51,51%	44,91%	45,81%

Fuente: Informe de brechas de médicos y especialistas de los servicios de salud y estado de situación de los recursos humanos de salud en Chile años 2016, 2017, 2018 y 2019

De los datos presentados se desprende que el número de médicos en ejercicio que se desempeñan en el sector público ha mejorado de forma sostenida, desde el 2015 con 17.337 médicos en el sector público hasta el año 2018, con 22.234 médicos en ejercicio lo que significa un aumento del 28,25% en la dotación de médicos. De igual forma, la proporción de médicos que trabaja en el sector público continúa en torno al 45%. Esto resulta relevante pues la mayor parte de la población chilena demanda servicios en este sector, a pesar de que menos de la mitad de los médicos se desempeñan en el área pública (Cuadrado, 2016).

Los esfuerzos realizados para poder aumentar la cantidad de médicos y especialista en ejercicio tanto a nivel país como en el sector público se han traducido en diversos programas. El más relevante es el programa “Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el Sector Público de Salud”, el cual inicia el año 2008 y está vigente a la fecha. Los objetivos declarados de este programa son “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 “Aumentar la disponibilidad y permanencia de médicos y odontólogos generales y especialistas en la red pública de salud, con el objetivo de contribuir a la disminución de las brechas existentes de estos profesionales”. Para lograrlo, este programa se divide en tres componentes:

Componente N°1: Ingreso de médicos y odontólogos recién egresados al Sistema Público de Salud a través del Ciclo de Destinación del Concurso “Etapa de Destinación y Formación” (EDF), lo que consiste en insertar médicos y odontólogos recién egresados a los servicios de

asistencia primaria del país, especialmente en zonas apartadas, con la oportunidad futura para los profesionales de optar a becas de especialización luego de un período determinado de tiempo trabajando en la red pública.

Componente N°2: Gestión del financiamiento y Programas de formación y certificación de médicos y odontólogos especialistas, lo que consiste en generar becas, asignadas a través de concursos públicos, para la formación de especialistas. El proceso de formación se lleva a cabo en hospitales o institutos de la red pública e incluyen mayoritariamente práctica asistencial tutorada con formación teórica.

Componente N°3: Estrategias de aumento de permanencia de médicos y odontólogos especialistas en el SNSS. Algunas de estas becas a las que pueden optar médicos y odontólogos están asociadas a un Período Asistencial Obligatorio (PAO), lo que quiere decir que el becario se compromete a prestar servicios a la red pública el doble del tiempo que dura su formación una vez que obtiene la certificación de su especialidad. El no cumplimiento de este compromiso está asociado a multas.

Adicionalmente, este programa incluye instancias de educación médica continua, que consisten en seminarios, congresos, pasantías y otros, para médicos especialistas que trabajan en el Servicio Nacional de Salud, independiente si se formaron a través de este programa. También existen recursos para la habilitación docente-asistencial, que son fondos sin un fin específico, que financian diversos gastos asociados a la formación de especialistas. Por ejemplo, la habilitación de espacios físicos para la docencia en los campos clínicos dentro de la red pública; adquisición de equipamiento para el mejor desempeño de especialistas en establecimientos públicos donde desempeñan su PAO y similares (MINSAL, 2018).

Este programa tiene estrategias para lograr aumentar el número de especialistas ejerciendo en la red pública de salud a largo plazo. Lamentablemente, el programa no incluye un método para evaluar los resultados, e incluso se enuncia en el documento de evaluación de programas gubernamentales que no es posible cuantificar el aporte del programa al cumplimiento de sus objetivos en primer lugar por la mala gestión de los programas de salud en Chile, pues no existen datos suficientes respecto al desempeño de esta intervención y existen variables externas que influyen en los objetivos de este programa que no son posible de aislar, como por ejemplo la migración y emigración de especialistas y el impacto de las instituciones privadas en el número de especialistas. De igual forma existen algunas cifras relevantes que permiten medir el cumplimiento de los objetivos del programa, a pesar de que

no se puede determinar de forma certera la contribución del programa a estos valores. En términos globales es posible determinar que existió un incremento de un 108% de los médicos provistos por el Programa para desempeñarse en la APS, totalizando un total de 2.084 médicos durante los años 2014 y 2017, lo cual está relacionado con el componente 1. Respecto al componente 2, se estima que el 80% de las becas disponibles para la formación de especialistas en Chile son provistas por el programa, sin embargo, no existe certeza del número total de becas disponible, especialmente de los apoyos económicos provistos por instituciones privadas, por lo que esta cifra podría estar sobreestimada. En total, entre los años 2014 y 2017 el programa permitió el ingreso de 4.005 médicos a la formación como especialistas y se aprecia un aumento sustancial en la cantidad de médicos que comienzan su formación cada año; en 2014 ingresaron 781 profesionales a su especialización, cifra que fue aumentando año a año, hasta el 2018 cuando ingresaron 1.098 profesionales al proceso de formación. Con relación al componente 3, el número de profesionales cumpliendo su PAO crece año a año según la cantidad de médicos que termina su formación. Un dato relevante es que la tasa de retiro del PAO ha disminuido desde el año 2014, donde el 6,5% de los especialistas se retiró y pagó la multa asociada, a un 1,2% el año 2017. (MINSAL, 2018c, 2018b)

Vislumbrando el camino que debiera seguir el programa a planificar, es relevante considerar que no solo se debe aumentar el número de especialistas en términos absolutos, como busca el programa descrito anteriormente, sino que también se debe lograr dar una mayor accesibilidad a las personas independiente del lugar donde viva. Una tendencia que se ha vuelto una opción viable para algunos tipos de consulta es la telemedicina, que es considerada como una aplicación de la medicina general y la mediación a distancia entre médico y paciente, en la que los datos que resultan de la consulta clínica son transmitidos de un lugar a otro mediante el empleo de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones. En países de Europa y en Norteamérica es un campo ampliamente desarrollado, sin embargo, se cree que los mayores beneficios de la masificación de este tipo de consultas podría tener lugar en Latinoamérica, donde las condiciones socioeconómicas y geográficas muchas veces son impedimentos para acceder a atención médica (Castaño et al., 2016). En el caso de Chile, la aplicación de la telemedicina podría ayudar a solucionar la falta de profesionales de la salud en las zonas más extremas del país como el norte donde, según los datos presentados anteriormente, la cantidad de especialistas disponibles es significativamente menor que en otras zonas del país. Los usos de la telemedicina son el apoyo

de diagnósticos e intercambio de conocimientos con respecto a algún padecimiento médico para la prestación de servicios de salud, por ejemplo, a pacientes con dificultades de movimiento, que se encuentran en sus casas y que requieren atención o monitoreo para el consumo de oxígeno, control de la diabetes, presión arterial alta, dermatitis u otros o en el caso de pacientes con enfermedades altamente contagiosas en cuarentena (Oh et al., 2015). A modo de referencia, en Corea, más del 90% de los profesionales de la salud atienden a través de la telemedicina, siendo el principal objetivo brindar servicios de salud en lugares donde los servicios médicos son escasos (Castaño et al., 2016).

En Chile, actualmente existe el Programa Nacional de Telesalud a cargo del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es “Generar las condiciones técnicas, tecnológicas, administrativas, organizacionales y financieras para desarrollar los tres componentes de la Telesalud en los Servicios de Salud, y de esta forma contribuir a mejorar el acceso y equidad en salud integral de las personas, y al cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”. Los tres componentes considerados son la Teleducación, Teleinvestigación y la Telemedicina. Dentro de este último punto se enuncia que el objetivo del programa es “Otorgar atención y cuidados con el uso de estrategias de telemedicina para la entrega de prestaciones de salud médicas y no médicas a distancia con acceso oportuno y estándares de calidad a la atención en salud que refuerce además el trabajo en red, estableciendo vínculos permanentes que aseguren la continuidad de atención de las personas” (Secretaría de redes asistenciales, 2018).

Al 2020, existen resoluciones que instruyen como deben ser las consultas con esta modalidad según el tipo de profesional que atiende y la necesidad del paciente, no obstante, producto de la pandemia por covid-19, este tipo de consulta cobró mayor relevancia y gran parte de las instituciones de salud privada comenzó a ofrecer y promocionar este servicio de forma masiva en diversas especialidades, siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales, como la OMS y la OPS (Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud, 2020). Por su parte, en la red pública existen algunos hospitales que ya han implementado la telemedicina obteniendo buenos resultados en la reducción de las listas de espera para atención de especialistas y diagnóstico de enfermedades en etapa temprana (Comisión Nacional de Productividad, 2019). Adicionalmente, se esperaba que para fines del 2020 el plan de telemedicina sea implementado por completo en 20 Servicios de Salud, específicamente para brindar un diagnóstico rápido en consultas con nefrólogos y para el diagnóstico y tratamiento de accidentes cerebro vascular isquémico (ACV), con el objeto de

mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento de trombólisis en pacientes que consultan en Unidades de Emergencia de Establecimientos Hospitalarios y que pueden acceder al examen de Tomografía Axial Computada (TAC), pero que no cuentan con turno de neurólogo o éste no tiene cobertura de 24 horas para realizar diagnóstico y procedimiento de trombólisis. A pesar de ello, según la información pública disponible, aún no se cumple el 100% de este objetivo (MINSAL, 2020b).

La segunda arista del programa seleccionado, relativo a la comunicación entre el médico tratante y el paciente, es un tema ampliamente estudiado y se define como un proceso intencionado, de relación y comunicación interpersonal (verbal, no verbal o escrita) donde el médico demuestra habilidades comunicativas, durante el intercambio con el paciente, utiliza las vías adecuadas para brindarle información cuando sea oportuno y necesario (Bravo López et al., 2019). Muchas veces la efectividad de la comunicación entre el médico y su paciente es el determinante en la calidad percibida de la atención obtenida por el usuario, incluso existe una fuerte relación entre la forma de comunicación del médico y las demandas legales (Beckman et al., 1994). En un estudio realizado con los datos disponibles del Hospital Clínico de la Universidad Católica se determinó que cerca del 5% de los reclamos realizados entre los años 2001 y 2008 tienen relación con la forma que el médico tratante se comunicó con el paciente, donde la mayoría de los reclamos son por entrega disfuncional de información, lo que quiere decir que el paciente consideró que no se le entregó la información completa respecto a su estado de salud. También existieron reclamos por falta de comprensión con la situación del paciente o su familia, desacreditación o desvaloración de la información provista por el paciente y por comunicación ausente (Moore et al., 2011). Estas categorías son similares a las causas de los juicios que fueron parte del estudio de Beckman en 1994 y se distribuyen de forma similar a los reclamos del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

Las razones de una mala comunicación entre el médico tratante y su paciente son diversas, pasa por insuficiencias en el proceso de formación en medicina general, lo que limita la preparación del desarrollo de la comunicación efectiva, pues la mayor parte de los programas académicos no considera la habilidad comunicativa en sus ejes de formación, por lo que no existe una sistematicidad e integralidad en este ámbito, sino que se trata de forma aislada en algunos contenidos que muchas veces quedan desplazados al priorizar habilidades clínicas. De esta manera, los médicos tienen una formación restringida en habilidades para escuchar y empatizar, lo que limita la relación médico-paciente, fundamentalmente en la entrevista médica (Bravo López et al., 2019).

Según la revisión literaria y estudios cuantitativos realizada por Riedl y Schüßler (2017) los médicos que practican estrategias de buena comunicación con sus pacientes no demoran más tiempo en la atención médica respecto a aquellos que tienen una mala comunicación, sin embargo, cuando un médico logra entablar una buena relación y entrega información completa se logra un impacto positivo no solo en los pacientes, si no que también en las familias y en los cuidadores del paciente.

Respecto a quienes capacitar en este tema, Dibbelt et al. (2010) mostró que aunque los médicos pueden tener buenas capacidades para establecer relaciones emocionales, a menudo carecen de la capacidad de informar y motivar a los pacientes a seguir un tratamiento, de la misma forma que médicos con mucha experiencia y conocimientos no siempre saben cómo relacionarse con sus pacientes de forma efectiva, por lo que resulta relevante entrenar no solo a estudiantes de medicina en cómo tratar a sus pacientes, sino que también a médicos y especialistas que ya ejercen la profesión.

Para poder entender mejor la comunicación, Ong et al. (1995) identifican tres variables que interfieren en la relación que se genera donde cada variable incluye diferentes elementos. En primer lugar, existen las variables previas a la comunicación que incluye factores culturales, la relación previa, las características del paciente y el médico, el tipo de enfermedad a tratar y la información disponible. En segundo lugar, se identifica el contexto de la comunicación actual que considera las conductas del médico en términos instrumentales y afectivos incluyendo empatía, asertividad, capacidad de análisis y síntesis, entre otros. La última variable es el resultado de la comunicación en los pacientes que incluye el nivel de satisfacción, aceptación, comprensión de la información y la retención de la información como efectos de corto plazo, en el largo plazo se considera la adhesión al tratamiento, lo que resulta en mejoras de la salud y morbilidad psiquiátrica. Considerando este marco de referencia, es posible intervenir tanto en las variables previas a la comunicación como en el contexto de la comunicación, especialmente a través del entrenamiento de los médicos en su formación, donde la herramienta principal es la simulación de casos clínicos intencionado situaciones complejas para desarrollar las características necesarias para una buena comunicación en casos de diversa naturaleza clínica. Esto podría ayudar también a fortalecer la ética profesional de los médicos (Elorduy, 2017).

De todas formas, existen diferentes tipos de consultas derivados de los motivos por el que el paciente accede a la atención médica que demandan distintos tipos de relaciones. Según

Burford et al (2011) existen al menos dos tipos de relaciones que necesitan habilidades comunicacionales del médico diferentes. Por un lado, se observa las consultas transaccionales que se dan por problemas de salud puntuales, donde el paciente espera obtener información concisa, precisa y técnica de su estado de salud en una consulta ambulatoria o de urgencia y por esto la resolución del problema debe ser rápida y la toma de decisiones ágil, por lo que las habilidades comunicativas, sin dejar de ser relevantes, pasan a segundo plano. Por otro lado, las consultas de tipo relacionales son demandadas por necesidades de salud que implican atención recurrente y/o es necesario un mayor nivel de confianza entre el médico y el paciente, como es el caso de visitas de seguimiento u hospitalizaciones. En este tipo de relación las habilidades comunicativas del médico cobran una mayor relevancia, por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud sean capaces de adaptarse a los diferentes contextos, necesidades de los pacientes y sus características particulares (Burford et al., 2011).

A pesar de que existen diferentes tipos de consultas, los pacientes valoran ciertas características. Según la revisión literaria hecha por Elorduy (2017), diversos autores coinciden en características que los pacientes asocian a una buena comunicación y otras a una mala comunicación. Dentro de las características valoradas se destacan:

- Inspirar confianza y seguridad, llevando el control de la consulta y demostrando dominio de lo que se hace
- Ser un soporte y guía en el tratamiento y brindar fuentes de información fiables
- Hablar de forma clara y directa
- Ser empático y respetar emociones y sensibilidad de los pacientes
- Escuchar y entender el contexto del paciente
- Dejar que el paciente participe en las decisiones respecto al tratamiento a seguir
- Respetar la dignidad del paciente, sin emitir juicios
- Actuar metodológicamente con foco en resolver los problemas del paciente
- Dar toda la información técnica que el paciente solicite
- Utilizar lenguaje y términos comprensibles y adecuados según la edad, capacidad, cultura y otras características del paciente
- Dar sensación de coordinación entre distintos profesionales en el caso de ser tratado por más de un médico
- Dar atención en los momentos necesarios según urgencia
- Ser accesible cuando sea requerido, informando como acceder a la atención
- Dedicar tiempo sin apresuramiento

- Explicar en qué consiste cada procedimiento médico y para qué se hace
- Respetar la intimidad y pudor del paciente en las exploraciones
- Conocer historia clínica previa y recordar datos entregados en consultas anteriores

Por otro lado, las características asociadas a una mala comunicación son:

- Falta de sensibilidad ante las emociones del paciente
- Falta de consideración del contexto del paciente
- Actitud arrogante al dar información y responder preguntas
- No dar información sobre procedimientos médicos o del tratamiento completo
- Uso de lenguaje excesivamente técnico
- Desinterés del paciente como individuo
- No analizar o comunicar pronóstico sobre el estado de salud del paciente
- Mostrar duda e inseguridad
- Falta de entusiasmo o mal humor por causas no relacionadas con el paciente
- Indiferencia y desconexión ante cambios del médico tratante

Con estas características es posible identificar las actitudes y comportamientos que deben ser adoptados por los médicos, con el fin de mejorar la comunicación médico paciente y así generar las instancias de formación necesarias para mejorar las habilidades comunicativas de los profesionales de la salud. Elorduy (2017) argumenta que en un escenario ideal, las características valoradas por los pacientes debieran ser desarrolladas junto a las habilidades clínicas, al principio de la formación del profesional, pues de esta manera los profesionales de la salud asociarán una buena atención no solo a la buena aplicación de la teoría y sus competencias clínicas, sino que también considerarán la forma de comunicación como la base de su desempeño. De igual forma, existe evidencia de que capacitar a médicos y especialistas en ejercicio también tiene un impacto positivo en sus habilidades comunicacionales, por lo que es posible corregir las falencias del personal de salud en ejercicio a pesar de que para ellos resultaría más complejo aplicarlo en sus labores de forma orgánica y al inicio deben integrar buenas prácticas de forma premeditada.

Un estudio, enfocado en la capacitación de médicos en ejercicio, tuvo lugar en Nueva York, Estados Unidos, donde se capacitó en un curso de 52 horas, enfocado a la mejora de habilidades interpersonales, a un grupo de médicos de atención primaria. Una vez finalizado el curso se realizaron entrevistas semiestructuradas y evaluaciones con el fin de determinar el efecto de este curso en el desempeño comunicacional de los profesionales de la salud. Los

resultados fueron positivos; entre otros hallazgos, se destaca la mejor capacidad de atención y empatía que demostraron los médicos que participaron en más de la mitad del curso, junto con la mayor disposición a compartir experiencias profesionales con otros médicos, lo que potencia la masificación de buenas prácticas (Beckman et al., 2012). Este tipo de programas ha sido realizado en varios países y con resultados similares, como ejemplo adicional, en Reino Unido se capacitó a oncólogos con gran experiencia práctica en habilidades comunicativas con foco principal en la comprensión del contexto de los pacientes, donde el 65% nunca había tenido algún tipo de formación en esta área y se identificaron falencias graves en las habilidades comunicativas en la mayoría del grupo. Tres meses después de terminar la capacitación se logró cuantificar una mejora significativa en las habilidades comunicacionales de los oncólogos participantes de la instancia de formación. De igual forma los autores advierten que la mejora de habilidades comunicacionales es un proceso largo y de aprendizaje continuo, en especial en médicos que no han sido entrenados en esta área desde el inicio de su formación profesional (Fallowfield y Hall, 1998). De esta forma, se da cuenta de la efectividad de las intervenciones de formación en las diferentes etapas del desarrollo profesional de un médico.

Un segundo enfoque, relacionado con el entrenamiento de estas habilidades comunicacionales durante la formación de los médicos, es el desarrollado en una Universidad de Alemania. Allí se generó un programa de intercambio internacional para estudiantes de medicina y académicos de una Universidad en específico, bajo la hipótesis que esta experiencia mejora las habilidades de interacción humana, junto con las competencias específicas de su trabajo. Para poder verificar el efecto del intercambio se comparó las habilidades comunicacionales de un grupo de estudiantes que accedió al intercambio respecto a otro grupo que no participó del programa, como grupo de control, a través de encuestas semiestructuradas y un posterior análisis cuantitativo. Se logró calificar las competencias de quienes participaron en el programa de intercambio de forma significativamente mejor que el grupo de control en los campos de las relaciones médico-paciente y la comunicación en el contexto de una consulta médica (Jacobs et al., 2014).

Todos estos antecedentes serán considerados en la planificación del programa seleccionado a partir de la preferencia de las personas. La formulación de esta intervención se realiza utilizando el protocolo Mapeo de Intervenciones, aplicado a continuación.

3.2.1. Aplicación del modelo Mapeo de Intervenciones

El modelo Mapeo de Intervenciones consiste en seis etapas interrelacionadas que abarcan todas las dimensiones del programa, desde la definición de dimensiones a afectar, hasta la evaluación del desempeño del programa, considerando incluso la puesta en marcha.

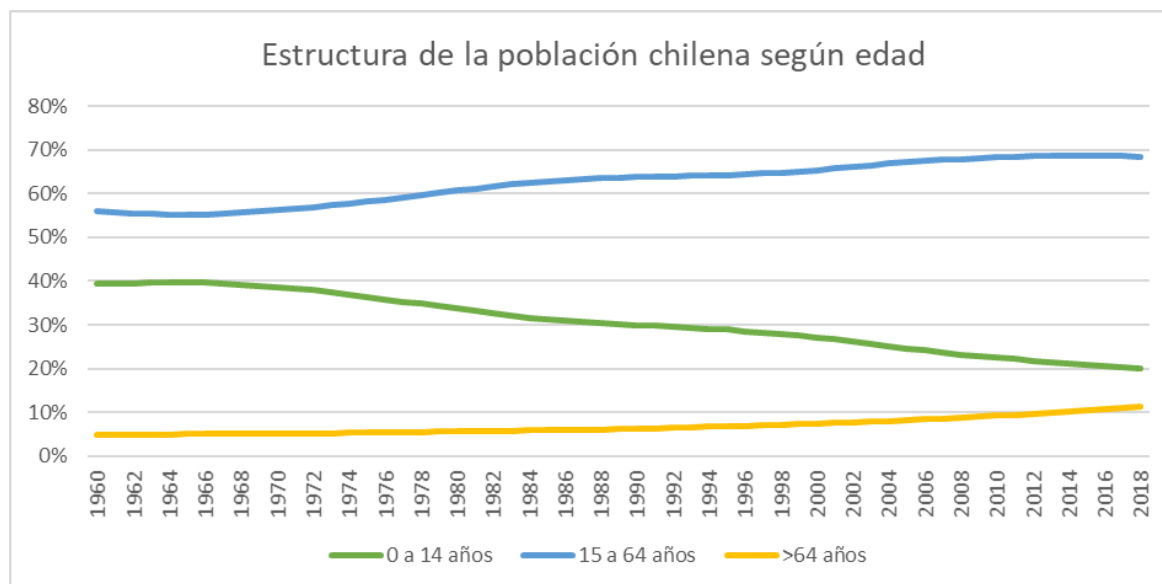
3.2.1.1. Paso 1: Evaluar necesidades

El programa a diseñar busca resolver la barrera de acceso al sistema de salud chileno relacionada con la dificultad para acceder a atención de médicos y especialistas, mejorando la disponibilidad de horas. A la vez, debe disminuir las dificultades de la comunicación médico y paciente, permitiendo un mejor entendimiento entre ambos y así otorgar una mejor experiencia a los usuarios del sistema de salud chileno. De esta forma, se fija como meta del programa aumentar el número de médicos y especialistas en ejercicio y mejorar la comunicación médico-paciente.

Como se explicó anteriormente y se presenta en la tabla 9, este programa es el que la población identificó como el más urgente de implementar de un set de posibles intervenciones por lo que es posible afirmar que es una mejora que las personas demandan y necesitan para disminuir las barreras para acceder al sistema de salud chileno que enfrentan actualmente. En línea con este punto, según diversos informes en los años recientes, efectivamente existe una falencia en la cantidad de médicos y especialistas en la red pública. En el año 2019 la brecha de especialistas a nivel país se fijó en 4.600 profesionales a nivel país, mientras que la brecha de médicos se estimó en 2.800 y se proyecta que esta situación empeore en los próximos años para ambos tipos de profesionales de la salud (Clínicas de Chile, 2019; MINSAL, 2019b).

Respecto al perfil epidemiológico de Chile, existe un envejecimiento de la población detectado desde la segunda mitad del siglo XX y que se espera se mantenga y agudice durante las próximas décadas, en la figura 4 se aprecia la evolución de la estructura de la población chilena según el grupo etario desde 1960 (Muñoz, 2017).

Ilustración 4: Estructura de la población chilena según edad



Fuente: Datos Macro (2019)

Actualmente, el 20% de la población tiene entre 0 y 14 años, lo que corresponde a la menor proporción de los países del cono sur, y el 11% tiene más de 64 años lo que solo es superado por Uruguay en el mismo grupo de países. Considerando este diagnóstico, es posible afirmar que existe y continuará existiendo una necesidad importante de especialistas relacionados con las enfermedades producto del envejecimiento, como cardiología y geriatría. El fenómeno del envejecimiento de la población se explica en primer lugar por una baja en la cantidad de nacimientos y una alta esperanza de vida de la población que actualmente se fija en 82,1 años para las mujeres y 77,3 años para los hombres, que es de las más altas en el continente, junto con Canadá y que se encuentra cercano al promedio de la OCDE. Cabe destacar que la diferencia entre la expectativa de vida de hombres y mujeres se repite en los países pertenecientes a la OCDE (INE, 2020; Muñoz, 2017).

Respecto a la salud infantil, el 99,7% de los partos son atendidos por personal especializado, lo que es una de las cifras más altas en Latinoamérica. La mortalidad infantil se ha mantenido en niveles bajos, pero sin cambios durante los últimos 15 años, con siete de cada 1.000 niños fallecidos menores de un año, donde la mayor cantidad de muertes se da en niños en situación de vulnerabilidad, y las causas asociadas son la dificultad para acceder a atención primaria de urgencias, escasa inversión en salud municipal y gran distancia a recorrer hasta un hospital de base. Esta cifra es de las más bajas en Latinoamérica, pero está dentro

de las más altas de los países de la OCDE (Morales et al., 2015; Muñoz, 2017; OCDE, 2020a; Unicef, 2020).

Respecto a la mortalidad materna, esta se ha reducido significativamente en las últimas décadas. En el período comprendido entre 1990 y 2006 se logró reducir significativamente la mortalidad materna de 39.9 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos a 7.9 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. En comparación con otros países, este es un buen desempeño, pues Chile fue el único país latinoamericano que logró cumplir el compromiso regional de reducir este indicador en un 50% para el período descrito (OPS, 2010).

En lo que respecta a enfermedades crónicas, Chile tiene una cifra baja de muertes por infarto al miocardio respecto a los países de la OCDE, sin embargo, la cifra de muertes por infarto cardiovascular es de las más altas de la organización. Por otro lado, la mortalidad por todo tipo de cáncer se encuentra por debajo del promedio de la OCDE, destacando una mayor frecuencia de la enfermedad en hombres. La mayor dificultad para tratar la enfermedad está relacionada con las distancias a recorrer por los y las pacientes hasta un centro de atención médica, pues la tecnología y los equipos interdisciplinarios para tratar el cáncer se encuentran concentrados en las grandes ciudades (Muñoz, 2017).

Adicionalmente, se debe considerar la proyección de nuevas enfermedades virales que surgirán en el futuro. Se espera que las enfermedades virales se vuelvan recurrentes e incluso sean más comunes que las enfermedades crónicas, que son la preocupación actual de las autoridades sanitarias del mundo. Esto sería el resultado del crecimiento acelerado de la población, y por consecuencia un crecimiento continuo de las ciudades, que cada vez se acercan más a zonas silvestres no habitadas anteriormente por el hombre, lo que genera mayor contacto con especies que pueden transportar enfermedades que afectan al ser humano. Como ejemplo de esta situación, tenemos que los casos de Hantavirus en Chile han aumentado durante los últimos años y se cree que la principal causa es la ampliación de zonas dedicadas a la producción forestal, lo que genera que los ratones silvestres colilargos, quienes transportan la enfermedad, migren a lugares donde antes no habitaban, esparciendo la enfermedad (Baró A et al., 1999; MINSAL, 2019; Murua y Padula, 2004).

Otro caso relacionado, es lo ocurrido con la pandemia a nivel mundial por COVID-19, enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. Los impactos de esta enfermedad aún se encuentran en investigación y deberán ser una preocupación para las autoridades sanitarias, considerando la gran cantidad de casos que se han acumulado desde el brote inicial de esta

enfermedad. Dentro de los efectos del COVID-19 identificados hasta ahora, se encuentran la coagulación intravascular diseminada, síndrome de dificultad respiratoria aguda y fibrosis pulmonar (Harenberg y Favaloro, 2020; Oldstone, 2010; Vasarmidi et al., 2020).

Respecto a la inmunización de la población, actualmente existe el Programa Nacional de Inmunizaciones que data de 1974 y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias producto de enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital. Este programa incluye un calendario de vacunas que se enfoca en inmunizar a la población frente a diversas enfermedades, como la hepatitis, tétano, sarampión, varicela, entre otros desde temprana edad junto con campañas de vacunación anuales contra la influenza para la población de riesgo. Entre los logros más destacados del programa se destaca la erradicación de la Poliomielitis (1975) y la eliminación del Sarampión (1992). Actualmente, más del 90% de los niños en Chile se encuentran inmunizados contra difteria, tétanos, tos ferina, sarampión y la hepatitis B mientras que la inmunización contra la influenza en población adulta año a año llega a aproximadamente el 60%, destacando que el 69,3% de la población con más de 65 años fue inmunizada contra la influenza durante el año 2019. Estas cifras son similares al promedio de la OCDE (MINSAL, 2020c; OCDE, 2019). Respecto al neumococo, las estrategias de vacunación han cambiado con los años, aumentando la población objetivo, y desde el 2015 incluye a todas las personas mayores de 65 años y enfermos crónicos, además de los recién nacidos. La vacuna contra esta enfermedad para los recién nacidos tiene tres dosis y un refuerzo a los 12 meses. Al 2020 más del 90% de los niños estaban inmunizados contra esta enfermedad con la dosificación completa, sin embargo, en la inmunización de la población adulta persiste una brecha importante respecto a la meta del programa de inmunización fijada en un 95%. Al 2019 solo el 40% de la población ha recibido la vacuna contra la enfermedad neumocócica, el desempeño del programa es insuficiente incluso si se hace un seguimiento por cohorte considerando el año de nacimiento indicado para vacunar ese año y no sobrepasa el umbral del 70% de la población (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2020; MINSAL, 2017, 2020a).

Otro aspecto relevante por incluir en el análisis son los hábitos y características de la población que afectan su estado de salud. El primer punto por analizar es el consumo de tabaco, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, en el año 2017 el 33,8% de la población afirmaba fumar cigarrillos, cifra que ha disminuido un 10% desde el 2013, donde el 43,5% de la población consumía cigarrillos. La edad de los consumidores de cigarrillos se concentra entre los 20 y 49 años y en el grupo de entre 20 y 29 años es donde más ha bajado

el consumo desde el 2013; según los datos de ese año el 60% de las personas en ese grupo etario consumía cigarrillos y al 2017, esa cifra disminuyó al 41,1%. A pesar de la baja en la cantidad de personas que fuman en el país, es importante recalcar que existe un 15,2% de los hogares que están expuestos al humo del cigarro, lo cual genera riesgo para la salud del grupo familiar completo. Por otra parte, el consumo riesgoso de alcohol no ha sufrido variaciones importantes en el último lustro. El 11% de la población tiene un consumo riesgoso de alcohol, de los cuales la mayor parte son hombres y se concentra en el grupo etario de 20 a 29 años. Respecto al sedentarismo, el 86,7% de las personas no realiza actividad física de forma periódica y prácticamente no ha habido cambios en la última década respecto a esta cifra y en línea con este punto, solo un 24,5% de la población chilena tiene un peso normal, el 39,8% de la población tiene sobre peso, el 34,4% tiene obesidad u obesidad mórbida y el 1,3% está enflaquecido (MINSAL, 2018a).

Analizando el comportamiento de las personas al acceder al sistema de salud, existe una parte importante de la población que no utiliza los servicios de forma correcta, pues ante la falta de especialistas y las largas esperas para acceder tanto a una hora médica como una interconsulta al especialista necesario, algunas personas optan por asistir a los servicios de urgencia por consultas que debieran ser tratadas en una atención ambulatoria, lo que desencadena un problema adicional en el sistema de salud, que es el colapso de las redes de urgencia. Otros comportamientos provocados por la falta de especialistas son la automedicación, el uso de medicinas alternativas e incluso parte de los usuarios del sistema público de salud decide no buscar atención médica cuando es necesario (Galaz et al., 2004; Gómez, 2019; Zernas Jiménez, 2017).

Según la encuesta de Acceso a la Salud 2018, otras razones por las que las personas deciden no buscar atención médica cuando la necesitan son la imposibilidad de asistir por razones laborales o estar muy ocupado, las largas esperas en la mañana para poder tomar una hora, poca o inexistente disponibilidad de médicos y especialistas requeridos, grandes distancias a recorrer hasta un centro de salud, preferencia por el autodiagnóstico y los costos asociados a la obtención de atención médica. Estas razones también explican la no adopción e interrupción de tratamientos médicos (Núñez, 2018).

Un antecedente adicional reportado en la encuesta de Acceso a la Salud 2018 es que si bien la mayoría de las personas expresa entender lo que el médico o especialista le comunicó en la consulta, existen comentarios relacionados con hechos que incomodan al

paciente y significan una barrera para la correcta comunicación entre el médico y el paciente, como el uso excesivo de tecnicismos, actitudes peyorativas e indiferentes, que en adición a las situaciones descritas anteriormente, generan desinterés por acceder a atenciones médicas (Núñez, 2018). De la misma encuesta se desprende que existe una disminución progresiva y significativa del nivel de satisfacción del usuario con el médico mientras menor es la calificación del tiempo de duración de la última consulta y mientras más deficiente es la calificación del lenguaje del médico tratante durante la atención (Gómez, 2019).

Respecto al estado actual de las políticas públicas respecto a la falta de médicos y especialistas, la constitución vigente asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud y establece como deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (*Constitución Política de la República de Chile*, 1980). Actualmente existe un programa activo enfocado en aumentar el número de especialistas y retenerlos en la red pública, sin embargo sus resultados no logran disminuir la brecha entre la necesidad y la disponibilidad de médicos y especialistas en el país, especialmente en el sector público de salud (Clínicas de Chile, 2019). Este programa se enmarca en la ley 19.664, en la cual se establecen las normas bajo la cual se contratan médicos y odontólogos en la red pública, considerando los requisitos para optar a becas de especialización y un posterior periodo asistencial obligatorio. Otra regulación relacionada es la ley 19.378 que establece los estatutos de los centros de atención primaria municipal donde se permite el cumplimiento del PAO de un profesional en un establecimiento de salud municipal. El financiamiento de este programa se modifica año a año y se fija en la Ley de presupuesto (MINSAL, 2018b).

De forma paralela existen esfuerzos en implementar la telemedicina como solución a la escasez de médicos en algunos territorios y/o la imposibilidad del paciente de transportarse hasta el centro de salud, pues este tipo de atención tiene potenciales resultados positivos en la reducción de la espera para obtener atención médica. Actualmente no hay marco regulatorio específico para el desarrollo de la telemedicina, por lo que se aplican las regulaciones preexistentes extrapoladas al contexto virtual. Las normas más relevantes son el Código Sanitario (1968), el Decreto con Fuerza de Ley N°1 del Ministerio de Salud (2006), y Ley 19.628 sobre la Protección de la Vida Privada (1999). Estas normas regulan diversos ámbitos asociados a la correcta prestación de servicios médicos, el tratamiento de los datos de salud de los pacientes, aspectos relacionados con derechos y deberes del paciente, la responsabilidad de profesionales por malas prácticas, la organización de los servicios

sanitarios, entre otros. Todas estas normas enmarcan el funcionamiento general del sistema de salud y no existen contraindicaciones con la práctica de la telemedicina. La primera vez que se nombra explícitamente la telemedicina en la regulación chilena es en el decreto exento N°530 del Ministerio de salud (2015), donde se fijan los estándares técnicos específicos que deben cumplir los prestadores de salud para formar parte de la red nacional, e incluye explícitamente la telemedicina como una modalidad de prestación de salud. Actualmente dicho decreto se encuentra derogado y fue refundido por el decreto exento N°55. De forma complementaria, la Ley 20.724 que modifica el código sanitario en materia de regulación de medicamentos y farmacias incorporó la posibilidad de emitir recetas médicas de forma electrónica, lo cual es un facilitador importante para realizar prestaciones médicas a distancia (Comisión Nacional de Productividad, 2019). De igual forma, por la falta de regulación específica, no existe claridad respecto a cómo funcionan los seguros médicos, público y privado, en este tipo de atenciones, lo que es una barrera para masificar este tipo de consultas por el costo que significaría para los pacientes en caso de que los seguros de salud no reembolsen parte del valor de la atención (Hassan et al., 2020). Durante la emergencia sanitaria por Covid-19 en el año 2020, se emitió un decreto de ley que genera un convenio entre Fonasa y prestadores de salud privados mientras dure la emergencia, para que asegurados del Fondo Nacional de Salud pudieran acceder a más de 40 atenciones a distancia, bajo la modalidad de libre elección con el fin de reducir el contacto físico por las atenciones médicas, lo que tuvo resultados positivos y permitió un aumento del 900% de las atenciones realizadas bajo esta modalidad (FONASA, 2020b), sin embargo esta medida fue diseñada específicamente para el contexto de pandemia y no es una regulación permanente.

Respecto a la regulación relativa a la arista del problema relacionada a las dificultades comunicacionales entre médicos y pacientes, la regulación más importante que enmarca la relación entre los médicos y sus pacientes es la ley 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes al recibir atención médica, donde se destaca el artículo 5° que enuncia que las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia, lo que implica, entre otros aspectos, velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención asegurándose de que todas las personas puedan recibir la información necesaria de forma comprensible y velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas. De forma complementaria, en el código de ética del Colegio Médico de Chile se fijan lineamientos similares a los de la ley 20.584 para la relación entre el médico y sus pacientes e incluye otros

aspectos relevantes, como el respeto a las decisiones del paciente respecto a tomar o no un tratamiento y la necesidad del consentimiento del individuo tratado o su tutor legal para practicar cualquier tipo de procedimiento médico (Colegio Médico de Chile, 2018).

Otro marco relevante para considerar en el problema de la comunicación médico-paciente deficiente son los estándares de acreditación de la Joint Commission International (JCI) para hospitales. La JCI busca mejorar la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional mediante la provisión de educación, publicaciones, consultas y evaluaciones, otorgando certificaciones de calidad a las instituciones que cumplen con sus estándares. A pesar de que en Chile solo dos clínicas cuentan con esta certificación, es importante considerar los lineamientos de la JCI por su validez internacional y orientación a la calidad. Dentro de los estándares para hospitales existen diversas condiciones respecto a la comunicación y relación médico-paciente dentro de los derechos del paciente y su familia. Primero, el hospital debe buscar reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y de otro tipo para el acceso y la prestación de los servicios médicos, además de brindar atención que respeta la dignidad del paciente, sus valores, creencias personales considerando su espiritualidad y religión, se debe respetar también la privacidad y confidencialidad de la información del paciente.

Estos estándares buscan que, en primer lugar, el hospital respete los derechos de los pacientes mientras se le da atención médica. Segundo, buscan informar a los pacientes sobre los aspectos de su atención o tratamiento médicos, permitiendo que participen en la atención y decisiones de tratamiento. Para ello el hospital informa a los pacientes y sus familias sobre sus derechos y responsabilidades para rechazar o interrumpir el tratamiento, retener los servicios de reanimación y renunciar o retirar los tratamientos de soporte vital, y se emplaza a la institución de salud a brindar una atención compasiva y respetuosa al final de la vida. Tercero, informar a los pacientes y las familias sobre el proceso para recibir y actuar sobre quejas, conflictos y diferencias de opinión sobre la atención al paciente y el derecho del paciente a participar en estos procesos. Cuarto, tratar de informar a todos los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades de una manera clara y en un idioma que puedan entender. Quinto, estándares orientados al consentimiento general, donde se declara que los pacientes y las familias deben recibir información adecuada sobre la condición del paciente, los tratamientos o procedimientos propuestos y los profesionales de la salud que participarán para que el paciente o su familia puedan otorgar su consentimiento y tomar decisiones sobre la atención. Estos estándares tienen un impacto en la relación médico-paciente y por

consecuencia en la eficacia de la comunicación entre las partes, lo que está relacionado con una mayor satisfacción en los pacientes. Además, los estándares revisados van de la mano con otros estándares de la misma institución, en especial con aquellos relacionados con la educación del paciente. Respecto a este punto, la JCI enuncia que la educación del paciente se logra principalmente a través de la interacción con el médico tratante, sin embargo, también contribuyen otros miembros que interactúan con el paciente, como administrativos y enfermeros. Un paciente que recibe la educación necesaria en un centro de salud podrá tomar mejores decisiones sobre su tratamiento y participar activamente en las decisiones respecto a su estado de salud. Es esencial que todo el personal, incluyendo el médico o especialista, debe tener un discurso coherente, de esta forma la información entregada al paciente será consistente y la educación será efectivamente una herramienta que facilita la comunicación entre el paciente y su médico.

Considerando todos los antecedentes presentados, se procede a caracterizar la solución para el problema identificado inicialmente. Cabe destacar que es posible distinguir diversas aristas para lograr una solución. En primer lugar, y como lo hace el programa actual de aumento y retención de especialistas en ejercicio, se debe aumentar la cantidad de especialistas disponibles para ejercer en el sistema de salud chileno. Este aumento debe ser estudiado y justificado en término de las prestaciones que las personas más demandan, para que sea posible subsanar las falencias actuales del sistema, pero también las necesidades de especialistas que tendrá la población en el futuro. Adicionalmente, es necesario generar planes de retención de los profesionales, especialmente en las zonas con mayor déficit de médicos y especialistas, como el norte del país. Para ello, se deben desarrollar planes de incentivos acorde a los intereses de los médicos y especialistas involucrados como asignaciones, posibilidad de formación continua, reconocimientos, entre otros.

Adicionalmente, existe la posibilidad de fortalecer y expandir el programa relacionado con la masificación de la telemedicina en la red pública de salud, de esta forma sería posible brindar atención de médicos y especialistas a usuarios del sistema de salud que se encuentren en zonas donde no existe la posibilidad de acceder a una atención presencial, así como redistribuir la capacidad del sistema de salud para disminuir la espera para la atención de médicos, pero especialmente de interconsultas con especialistas. Esto puede ser apoyado con la construcción de infraestructura que permita la asistencia de enfermeros o técnicos en enfermería de nivel superior (TENS) en caso de ser necesario en el caso de tratamientos o controles de enfermedades que lo requieran.

En paralelo a los dos puntos anteriores, se debe encontrar la mejor estrategia para mejorar las habilidades comunicacionales, tanto a estudiantes de medicina como a médicos y especialistas en ejercicio. Esto se puede lograr en primer lugar, incluyendo los fundamentos de una buena comunicación con el paciente como eje transversal en la formación de estudiantes de medicina, de esta forma los nuevos profesionales tendrán las habilidades comunicacionales necesarias para su profesión, lo que implica un mejor flujo de información y por ende, un mayor entendimiento entre el paciente y el médico. En el caso de los médicos y especialistas en ejercicio, es posible generar instancias de capacitación de duraciones diversas con distintos niveles y temas a tratar para lograr entrenar a la totalidad de los médicos de la red pública. Estas instancias se deben adaptar a la disponibilidad horaria del personal sin descuidar el ejercicio habitual de las funciones de los profesionales.

La factibilidad de generar las mejoras descritas está sujeta a una evaluación económica, de esta forma sería posible identificar la mejor relación costo-beneficio entre las diversas alternativas posibles para solucionar el problema identificado, mejorando el acceso al sistema de salud de forma eficiente.

3.2.1.2. Paso 2: Identificar objetivos

Para identificar los objetivos del programa, se identifican las condiciones ambientales y/o conductuales que deben existir para solucionar el problema planteado en el paso 1. En primer lugar, se debe disminuir la brecha existente entre médicos y especialistas disponibles actualmente en el sistema de salud y la necesidad de la población, para aumentar la disponibilidad de horas. Esto debe considerar la evolución del perfil epidemiológico del país descrito en el apartado anterior que destaca la importancia de potenciar la presencia de algunas especialidades por sobre otras, como por ejemplo geriatría e inmunología. La segunda condición a cambiar es la actitud de médicos y especialistas que dificultan la comunicación médico-paciente, lo que está relacionado con una tercera condición, que corresponde a tener instancias de formación para mejorar las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud. Por último, como apoyo adicional a la solución del problema se debe ampliar la telemedicina a más consultas médicas, considerando que para que sea una opción elegible para la población debe estar dentro de la cobertura de los seguros de salud, incluyendo FONASA.

Considerando lo anterior, los objetivos del programa junto a sus respectivos objetivos secundarios son:

1. Mejorar el acceso a atención de médicos y especialistas
 - 1.1 Aumentar la cantidad de médicos y especialistas formados en Chile
 - 1.2 Aumentar la cantidad de horas disponibles
 - 1.3 Aumentar las atenciones médicas con modalidad de telemedicina

2. Mejorar la comunicación médico-paciente
 - 2.1 Mejorar las habilidades comunicacionales de médicos y especialistas
 - 2.2 Capacitar a médicos y especialistas en habilidades comunicacionales

Los factores determinantes para cumplir estos objetivos son diversos. Evidentemente el proceso de formación de médicos y especialistas es especialmente importante en el éxito de este programa, por lo que la disponibilidad de cupos para formación de este tipo de profesionales, en las especialidades que tendrán más demanda en el futuro, es uno de los factores críticos de este programa. Respecto a la implementación de la telemedicina, es crítico generar un marco regulatorio claro para el funcionamiento de este tipo de consultas, delimitando deberes, derechos y responsabilidades de cada parte involucrada en la prestación y obtención de la atención médica a distancia. Un ejemplo de esto es permitir que los seguros médicos reconozcan y cubran el costo correspondiente a este tipo de atención. Adicionalmente, se necesita formar a los profesionales en estrategias comunicacionales para asegurar que el paciente entienda lo que se le intenta explicar, ya sea en su etapa de formación o cuando están ejerciendo, por lo que otro determinante para el cumplimiento de los objetivos es la disposición de médicos y especialistas en ejercicio para ser educados sobre temas de comunicación. En esta misma línea, un tercer determinante es el diseño de estos programas de formación o capacitación, orientados a profesionales en ejercicio, y la disposición de las universidades a incluir este tipo de habilidades en sus programas académicos.

A continuación, se presenta la Tabla 12 con la matriz de objetivos de cambio del programa. En ella se incluyen los objetivos principales y secundarios de la intervención junto con los factores determinantes para el cumplimiento de dichos objetivos. Adicionalmente, se incluyen los objetivos de cambio que apoyan el cumplimiento de los objetivos principales y secundarios del programa.

Tabla 12: Matriz de objetivos de cambio

Objetivo	Determinantes	Objetivos de Cambio
<p>1. Mejorar el acceso a atención de médicos y especialistas</p> <p>1.1 Aumentar la cantidad de médicos y especialistas formados en Chile</p> <p>1.2 Aumentar la cantidad de horas disponibles</p> <p>1.3 Aumentar las atenciones médicas con modalidad de telemedicina</p>	<p>Vacantes para formación de médicos y especialistas</p> <p>Soporte tecnológico</p> <p>Marco regulatorio (Cobertura de seguros de salud, responsabilidades, entre otros)</p>	<p>Aumentar vacantes de formación para especialidades que proyectan una mayor demanda en el futuro</p> <p>Aumentar disponibilidad de atención de especialistas en todo el país</p> <p>Habilitar atenciones en modalidad telemedicina en zonas con déficit agudo de médicos especialistas</p>
<p>2. Mejorar la comunicación médico-paciente</p> <p>2.1 Mejorar las habilidades comunicacionales de médicos y especialistas</p> <p>2.2 Capacitar a médicos y especialistas en habilidades comunicacionales</p>	<p>Disposición de médicos y especialistas en ejercicio</p> <p>Disposición de Universidades a incluir cursos de habilidades comunicativas médico-paciente</p>	<p>Generar instancias de formación para médicos y especialistas en ejercicio</p> <p>Incluir cursos y/o enfoque en habilidades comunicacionales en los programas de formación de médicos</p>

Fuente: Elaboración Propia

Los objetivos de cambio permiten abordar el problema de forma fragmentada, de esta forma es posible focalizar los esfuerzos del programa en modificaciones específicas que, en conjunto, permitirán dar solución al problema planteado en el paso 1.

3.2.1.3. Paso 3: Diseñar la intervención

Con los objetivos del programa claramente definidos se procede a diseñar las estrategias y métodos que incluirá la intervención. El diseño del programa debe considerar métodos que hayan sido probados y/o tengan una justificación teórica de su efectividad en dar solución al problema planteado. A continuación, se presentarán diversos casos previos de desarrollo de programas para dar solución a problemas similares al planteado en el paso 1 en otros países, detallando cuales fueron las herramientas o métodos empleados y los resultados que se obtuvieron.

El primer caso a analizar corresponde a la transformación realizada al sistema de salud de Noruega durante el año 2002. Dicho año se realizó una reforma donde se centralizó la responsabilidad de formación y atenciones médicas al estado. Una de las estrategias para abordar la gestión del sistema de salud y el personal necesario es generar una planificación de dos partes. En primer lugar, el Ministerio de Salud proporciona información sobre las necesidades de personal y habilidades y luego el Ministerio de Educación, determina la capacidad para diferentes grupos de personal de salud. El pronóstico de necesidades y oferta de personal se basan en parte en el modelo Helsemod (Por sus siglas, que significa Modelo de pronóstico del personal sanitario y social de Noruega) para estimar la oferta y demanda futura para 20 grupos diferentes de personal sanitario (incluyendo médicos generales y especialidades) (OMS et al., 2013). Este modelo fue desarrollado por *Statistics Norway* en cooperación con la Dirección de Salud de Noruega y ha tenido diversas modificaciones en busca de mejores pronósticos. La versión más reciente de este modelo data del 2012 e incluye una serie de factores de demanda (tendencias demográficas, crecimiento económico, reformas políticas planificadas, patrones de consumo de servicios de salud) y factores de oferta (participación de la fuerza laboral, horas de trabajo, admisiones de estudiantes, tasas de finalización del estudio, deserción, retiro por lesión o jubilación) (Rø, 2012). La información generada por el Ministerio de Salud y de Educación se presenta en los Planes Nacionales de Salud (NHPs), que se publican periódicamente desde 1980 que incluyen todos los desafíos para el sistema de salud durante los próximos años (OMS et al., 2013).

Como resultado de la reforma el número de especialistas tuvo un aumento de casi un 38% entre 2000 y 2009. En 2009, el 42% de todos los médicos tenían una especialización. De este grupo el 13% se especializaron en psiquiatría, 8% en anestesiología, 6% en obstetricia y 6% en ginecología, lo que es coherente con las atenciones que demanda la población. A pesar de este buen resultado y de que el país cuenta con una dotación de médicos y especialistas

suficiente, la mayoría de los profesionales atiende en zonas urbanas lo que genera una barrera de acceso a la salud para la población rural. Para lograr enfrentar esta barrera existe una red de ambulancias que transporta a los médicos hacia los lugares rurales donde las personas necesitan atención médica (OMS et al., 2013).

Lo realizado en Noruega podría ser replicado en Chile con las adecuaciones necesarias. El MINSAL publica anualmente un informe de brechas de especialistas donde se contrasta oferta y demanda actual de médicos y especialistas en el país. El alcance de este informe podría ser ampliado para proyectar la brecha de especialistas y utilizarlo como input para ajustar las plazas disponibles para formar médicos y especialistas. Esta modificación implica un gasto en consultoría o personal estadístico y matemático especializado para adaptar el modelo noruego a la situación chilena o bien, generar un modelo desde cero que se adecue al contexto chileno y sea capaz de entregar proyecciones confiables. Una vez que el modelo sea diseñado, es necesario contar con personal especializado de planta para su aplicación periódica. Esto significa un gasto ocasional más un mayor presupuesto para la elaboración de dicho informe, lo que resulta factible sujeto a una evaluación económica.

Otro caso de estudio relevante es lo realizado en Brasil con el programa *Mais médicos* en 2013. Dicho programa está enfocado en aumentar la cantidad de médicos en zonas de difícil acceso, junto con aumentar la inversión en equipamiento e infraestructura para mejorar los centros de salud existentes. Este programa se enfocó en municipios que tuvieran al menos un 20% de su población en situación de pobreza, intensificando la contratación de médicos proveniente de las ciudades del país ofreciendo un sueldo competitivo, contrato por tres años, vuelos a su lugar de origen, hospedaje y el compromiso de mejorar el equipamiento e infraestructura del lugar de trabajo. De forma paralela, el programa buscó aumentar el número de médicos en el país, aumentando las vacantes de las escuelas de medicina de pregrado en los estados donde había menos de 1,5 cupos por 10.000 habitantes o menos de 2,7 médicos por 1.000 habitante (Santos et al., 2017).

Como resultado de este programa, al 2015 se logró insertar más de 17.000 médicos en los servicios de salud de las comunas más vulnerables. Cabe destacar que existió un robo de conocimiento importante que permitió lograr las mejoras esperadas. El 72,5% de los nuevos médicos eran médicos colombianos, el 25% eran médicos brasileños y el resto venía de otros países. Adicionalmente, entre 2013 y 2016 se crearon 70 nuevas facultades de medicina públicas y privadas, en regiones de Brasil donde antes no existían, pues las facultades de

medicina, y universidades en general, se ubicaban en el área con mayores ingresos del país. El número de plazas de pregrado en las facultades de medicina de Brasil aumentó de 0,83 por 10.000 habitantes en 2012 a 1,07 por 10.000 habitantes en 2015.

Un caso similar a lo ocurrido en Brasil es el programa de reforma llevado a cabo en Bulgaria, durante los años 2011 y 2015, donde una de las áreas a reformar fue el sistema de salud con el fin de mejorar la atención recibida por los usuarios. Uno de los ejes de la intervención fue aumentar el número de médicos y especialistas en el país. Para esto se generaron incentivos de retención para los especialistas, con un buen salario y buenas condiciones de trabajo, lo que se traduce en equipos médicos en excelentes condiciones e infraestructura de buen nivel. Adicionalmente, se aumentó el presupuesto de becas para especialización ofrecidas a recién egresados de medicina (República de Bulgaria, 2011; OMS, 2016). Un antecedente importante a considerar es que Bulgaria tenía una densidad de especialistas muy baja antes de la reforma respecto al resto de los países europeos, producto del robo de conocimiento por parte de países vecinos. A pesar de registrar una mejora en la cantidad de especialistas por cada 1.000 habitantes, atribuibles a la reforma realizada, la emigración de profesionales de la salud continuó siendo un problema sin resolver (República de Bulgaria, 2011).

Los dos casos presentados dieron solución a la falta de especialistas generando incentivos y aumentando los cupos para formación de especialistas. Considerando la situación chilena, es posible generar incentivos, pero no los mismos que se detallan en los casos de Brasil y Bulgaria. Actualmente los sueldos de los médicos y especialistas ya son altos, por lo que podrían ofrecerse otro tipo de beneficios, junto con asegurar buena infraestructura y equipamiento. Según Huicho et al. (2012) los recién egresados están más dispuestos a trabajar en zonas alejadas de las ciudades y por lo tanto son más susceptibles a incentivos orientados a este tipo de trabajo, pues normalmente no hay ataduras familiares o un hogar que cuidar que genere interés superior para permanecer en grandes ciudades, sin embargo, luego de unos años, los médicos prefieren migrar a las ciudades pues creen que ya hicieron un servicio social y es tiempo de dejar de sacrificar su desarrollo familiar y hogar por ello. En esa etapa de la vida, los autores afirman que no hay incentivos que permitan cambiar los intereses de los médicos, sin embargo, podría generarse un plan de retención desde que el profesional es joven y está dispuesto a trabajar en lugares alejados. En la misma línea, Sepúlveda (2014) argumenta que incentivos como estabilidad laboral, que se asocian a una mejor remuneración no tienen efecto en la retención de médicos y especialistas pues este grupo de profesionales

valora mucho más la posibilidad de desarrollar su carrera y obtener reconocimiento en el medio, por lo que incentivos como optar a una especialidad o subespecialidad, el acceso a tecnología de punta en su lugar de trabajo y/o la posibilidad de trabajar en un hospital de alta complejidad con buen equipamiento tendrían un mejor resultado en su retención.

Actualmente, en Chile existen incentivos para médicos orientados a aumentar la disponibilidad de profesionales en centros de salud ubicados en zonas con difícil acceso, como un mayor puntaje en la postulación a beca de especialidad si el médico elige lugares apartados para desarrollar su PAO, bono por zona, una renta mayor a quienes trabajan en zonas urbanas, además de estabilidad laboral asegurada y una remuneración alta, sin embargo no han logrado su objetivo en el volumen necesario para satisfacer la demanda de los pacientes, por lo que es necesaria una mejor articulación entre ellos, además de la adición de otros incentivos ya descritos. Considerando las condiciones actuales y lo expuesto en el párrafo anterior, algunos incentivos posibles son: Bono por zona integrado en un plan de compensación a nivel nacional, programa de especialización en zonas de difícil acceso, feriado legal extendido (considerando la posibilidad de viajar al hogar familiar), equipos de trabajo coherentes con la cantidad de usuarios a atender (incluyendo seguridad, aseo y otras áreas de apoyo), mejora continua de equipos, alojamiento, vehículo de transporte, reconocimiento (oportunidad de dar seminarios, mentorías o participar en investigación) y posibilidad de crecimiento profesional. Una propuesta complementaria es tomar esta información y generar programas de formación de especialistas o reformar el existente, dando un financiamiento adicional a quienes realicen su PAO en lugares de difícil acceso, previamente definidos, planificando el recambio de profesionales, asegurando la disponibilidad continua de especialistas en los centros de salud, considerando la esperable rotación de médicos, con la continua llegada de profesionales jóvenes que reemplazarían médicos y especialistas de mayor edad con interés en vivir en ciudades menos apartadas.

Otro caso de estudio relevante relacionado con el acceso a médicos y especialistas es lo sucedido en México desde el 2003 con el proyecto ECHO (*Project Extension for Community Healthcare Outcomes*) cuyo objetivo es mejorar la disponibilidad de atención para pacientes diagnosticados con hepatitis C. El proyecto consiste en prestar atención médica a pacientes de centros médicos rurales, del Servicio de Salud indígena y de las cárceles del país. Dichas atenciones son realizadas por estudiantes de medicina general de la Universidad de Nuevo México. Cada estudiante recibe crédito para financiar la continuación de su formación en función de la cantidad de pacientes a los que atiende (Arora et al., 2007).

Durante los tres primeros años del programa se realizaron 1.843 presentaciones de casos relacionados con este proyecto. Los estudiantes de medicina de la Universidad de Nuevo México recibieron 390 horas de formación práctica y 2,997 horas de créditos de educación continua. Además, fue posible percibir una mejora en los tiempos de espera de los centros médicos en alianza con este programa. Los buenos resultados significaron el aumento del presupuesto estatal para el desarrollo y expansión de esta iniciativa en el año 2006 (Arora et al., 2007).

Este proyecto podría ser replicable en el contexto chileno. Actualmente existen incentivos para realizar prácticas de atención abierta, que consiste en servicios voluntarios que prestan estudiantes de medicina en la red pública, lo que aumenta el puntaje para la obtención de una beca de especialización. Con el fin de incentivar las prácticas de atención abierta en lugares de difícil acceso, este programa podría ser modificado, asignando puntaje según las zonas y/o servicios prestados, buscando aumentar la cantidad de estudiantes que realicen estas prácticas en lugares de difícil acceso y presten servicios médicos con mayor demanda. Se debe considerar la posible resistencia o imposibilidad de migrar a zonas geográficas lejanas, pues quienes prestarían la atención médica son estudiantes, por lo que parte de las atenciones podrían realizarse a través de telemedicina o bien, destinar fondos para la movilización y alojamiento en períodos de vacaciones universitarias para estudiantes interesados en acogerse a este programa durante dicho período.

Otra estrategia para suplir la falta de especialistas es lo realizado en la India, dónde existía un alto índice de mortalidad materna producto de la aguda falta de obstetras para atender partos y emergencias obstétricas en zonas rurales. Para remediar esta situación se generaron programas de formación de 18 meses para médicos generales, donde se les instruyó en las atenciones más comunes para los que faltaba atención profesional, como atención de cesarías y otras emergencias relacionadas. Cabe recalcar que esta formación no reemplazó la especialidad y solo suple la necesidad de profesionales capacitados para atenciones específicas (Evans et al., 2009).

Luego del programa de capacitación, 10 de los 15 centros de atención de salud rurales del área estudiada podían prestar atención obstétrica de emergencia y 2 podían prestar atención obstétrica integral. De igual forma quedó pendiente la mejora de equipos, pues los doctores capacitados no contaban con todos los implementos necesarios para ampliar los servicios ofrecidos (Evans et al., 2009).

En el caso de Chile, las especializaciones tienen una duración entre 2 y 4 años de dedicación exclusiva y jornada completa, por lo que este programa podría replicarse generando programas donde un médico general pueda obtener los conocimientos y habilidades para prestar los servicios más demandados de una especialidad específica, en un tiempo reducido respecto a la duración de la especialidad completa, con el fin de hacer frente a las brechas existentes y disminuir los tiempos de espera para algunos procedimientos y consultas médicas. Se debería dar prioridad a aquellas especialidades que además de tener una alta demanda por parte de la población, tienen una mayor duración. Las necesidades actuales de la población demandan mayores atenciones geriátricas, oncológicas, cardiológicas y endocrinológicas (Muñoz, 2017). De igual forma, hay que considerar que se espera que atenciones sobre inmunología e infectología tomarán mayor relevancia en el futuro por el cambio del tipo de enfermedades que más afectarían a la población (Oldstone, 2010).

Revisando otro posible enfoque de solución para la falta de médicos y especialistas, utilizando la telemedicina para facilitar el acceso a consultas médicas, se analiza el caso de Canadá. Ante la dificultad que enfrentaban los pacientes rurales diagnosticados de cáncer para acceder a tratamientos y cuidados paliativos, entre el 2008 y 2011 se puso a prueba la “Clínica Virtual de Radioterapia Paliativa y Control del Dolor y los Síntomas”. Esta intervención permitió que los pacientes rurales con cáncer del norte de la provincia de Alberta pudieron acceder a su tratamiento, como radioterapia, desde centros de telemedicina. En estos centros los pacientes son asistidos por enfermeros entrenados, contactándose a través de videollamada con equipos multidisciplinarios del *Cross Cancer Institute* en Edmonton, ubicado cerca de 300 kilómetros de distancia. Los profesionales de este centro dan recomendaciones que se envían a los médicos del paciente, se recopilan datos y características clínicas, aportando información al médico tratante para decidir las siguientes etapas del tratamiento. (Watanabe et al., 2012)

Tanto médicos como pacientes mostraron un alto grado de satisfacción con la Clínica Virtual. Los pacientes mostraron disminución de síntomas de la enfermedad, mejoraron su apetito y redujeron su ansiedad respecto a pacientes rurales del área de no atendidos en este centro médico. Los pacientes atendidos pudieron ahorrar en promedio 471 km de recorrido, 7,96 horas y US\$192,71 por cada viaje.

En el caso chileno, actualmente la mayoría de las instituciones de salud privadas han implementado la telemedicina en las consultas médicas en algunas de las especialidades

disponibles y ha sido potenciado a raíz de la pandemia por covid-19 durante el año 2020. En el anexo F se detallan los tipos de consulta que disponen algunos de los centros de salud privada del país a través de telemedicina. Por su parte, en la red pública existe un programa novel desde el 2017 que busca implementar la telemedicina en algunos servicios médicos. Al 2020, se logró implementar en al menos un Servicio de Salud el Piloto de Telemedicina en Consulta de Especialidad de Nefrología y para el diagnóstico y tratamiento del ACV, sin embargo, aún no se ha logrado implementar esta modalidad en el 65% de los servicios de salud, que era la meta a cumplir en el año 2020. La construcción de centros de salud en zonas con mayores barreras de desplazamiento y menor dotación de médicos y especialistas ampliaría la cantidad de horas disponibles para la atención de pacientes. Estas atenciones podrían ser asistidas por enfermeros en caso de ser necesario, para apoyar la recolección de datos y administración de diversos tratamientos.

Respecto a la segunda arista del problema, relativo a la comunicación médico paciente, se encontró el caso de Nueva York, Estados Unidos, dónde se generaron capacitaciones para médicos en ejercicio con foco en mejorar sus habilidades interpersonales. Los temas de la capacitación incluyeron conciencia de pensamientos y sentimientos, sesgos perceptivos y filtros, lidiando con sucesos agradables y desagradables en la atención, manejo de conflictos, prevención agotamiento, experiencias significativas en la práctica, establecer límites, examinar la atracción hacia los pacientes, explorar el autocuidado, entender el sufrimiento de los pacientes y la atención de pacientes desahuciados. Primero se revisaron estos temas de forma conceptual, luego se dio un espacio para que cada participante de la capacitación medite de forma personal, después se dio un espacio de ejercicios de investigación y narrativa y finalmente se generó un plenario para promover la discusión entre los asistentes de los temas tratados. Los resultados de esta capacitación fueron positivos, el impacto más relevante fue una mejor capacidad de atención y empatía por parte de los médicos capacitados (Beckman et al., 2012).

Otro ejemplo similar es el caso de Reino Unido, donde se capacitó a oncólogos con gran experiencia práctica en habilidades comunicativas con foco principal en la comprensión del contexto de los pacientes en un curso de 3 días. Esta intervención tuvo un impacto positivo logrando cuantificar una mejora significativa en las habilidades comunicacionales de los oncólogos participantes de la instancia de formación (Fallowfield y Hall, 1998).

Es posible diseñar cursos de capacitación para médicos en ejercicio de larga duración, basándose en los temas revisados en la capacitación realizada en Nueva York y Reino Unido, adaptados a la realidad cultural chilena. Actualmente, instituciones de Educación Superior ofrecen diplomados y cursos sobre comunicación en el área de la salud, sin embargo, son instancias de formación voluntaria a las cuales los profesionales de la salud acceden por interés personal, por lo que la existencia de estos diplomados y cursos no garantiza que todos los médicos y especialistas tengan las habilidades para entablar una comunicación médico-paciente efectiva. Adicionalmente, se pudo concluir a través de una revisión de la información pública de universidades chilenas y conversaciones con estudiantes de medicina que actualmente no se considera de forma explícita en las mallas curriculares de las universidades del país el desarrollo de habilidades a pesar de que la mayoría incluye características como el respeto y la empatía en sus perfiles de egreso en línea con el código de ética del colegio médico de Chile. En el Anexo G se presentan los programas académicos de algunas universidades Chilenas donde se presentan los perfiles de egreso y mallas curriculares revisadas. De igual forma, considerando las falencias existentes en este aspecto, el perfil de egreso de los médicos chilenos no asegura que todos tengan las habilidades necesarias para entablar una buena comunicación médico paciente.

Todos estos casos dan un marco para seleccionar métodos y estrategias para cumplir los objetivos planteados en la etapa 2, considerando el resultado de diferentes herramientas en los casos revisados a la vez que se verifican similitudes y diferencias en el contexto del país donde se aplicaron y la realidad chilena, realizando las adaptaciones correspondientes que permitan obtener buenos resultados.

En primer lugar, para el cumplimiento del primer objetivo del programa, relacionado con el aumento de médicos y especialistas, se debe generar una proyección de la demanda y oferta de médicos y especialistas a futuro, con esta información se puede modificar las plazas disponibles para formación de especialistas según las necesidades futuras de la población. Estas plazas deben incluir algunos programas cortos de formación que permitan suplir la demanda de atenciones con mayores falencias en un plazo corto, como geriatría, oncología y cardiología, lo que permitiría suplir la necesidad de especialistas para atenciones específicas de manera rápida asegurando que los profesionales que realizarán estas atenciones tienen los conocimientos necesarios para brindar diagnósticos y tratamientos acertados. Adicionalmente, se deben generar incentivos para retener médicos en zonas de difícil acceso, donde la dotación de médicos y especialistas es escasa, como estabilidad laboral asegurada,

feriado legal extendido (considerando la posibilidad de viajar al hogar familiar), alojamiento, transporte, oportunidad de desarrollo profesional dando seminarios, mentorías o participación en investigación y la posibilidad de crecimiento profesional a través de facilidades para continuar su formación. Se incluye un programa de incentivos orientado a estudiantes de medicina con el fin de atender a población con difícil acceso de manera rápida, dándoles beneficios económicos para continuar su formación. De forma complementaria, con el fin de atender las necesidades de servicios de salud de todos los sectores, incluyendo aquellos sectores de difícil acceso y con población reducida, se debe ampliar el programa de telemedicina actual a más prestaciones e incluyendo la posibilidad de asistir a las consultas a un centro que permita el apoyo de personal de salud como TENS o enfermeros en caso de ser necesarios, de esta forma se lograría atender a la población residente en lugares con escasa dotación de médicos y especialistas oportunamente, reduciendo costos de transporte.

Respecto al segundo objetivo, se deben generar capacitaciones para médicos y especialistas en ejercicio de acuerdo con las necesidades y falencias actuales de estos profesionales que deben ser evaluadas con el fin de dar solución certera a las falencias que generan mayor insatisfacción en la población chilena. De forma paralela, y como lo sugieren autores como Fallowfield y Hall (1998) y Elorduy (2017), se debe reestructurar los programas de formación de médicos para que se incluya dentro del perfil de egreso la capacidad de generar una comunicación médico-paciente efectiva, pues tiene una mayor efectividad entrenar habilidades para la comunicación durante los años de formación del médico que entrenar y cambiar paradigmas de profesionales que ya tienen un estilo de atención definido. En el anexo H se resume los métodos escogidos para incluir en el programa incluyendo los objetivos de cambio del programa a los que se asocian.

3.2.1.4. Paso 4: Desarrollar la intervención

Con la revisión de métodos y estrategias que tienen una justificación práctica para dar solución al problema planteado, se da paso a la siguiente etapa del modelo, donde se desarrolla el plan de trabajo del programa. A continuación, se presenta una ficha descriptiva del programa que destaca la información más relevante generada en los pasos 1, 2 y 3.

Tabla 13: Ficha descriptiva del programa

Programa	Aumentar el número de médicos/especialistas disponibles en el país y mejorar la comunicación médico-paciente
Objetivos	
<p>1. Mejorar el acceso a médicos y especialistas</p> <p> 1.1 Aumentar la cantidad de médicos y especialistas formados en Chile</p> <p> 1.2 Aumentar la cantidad de horas disponibles</p> <p> 1.3 Aumentar las atenciones médicas con modalidad de telemedicina</p> <p>2. Mejorar la comunicación médico-paciente</p> <p> 2.1 Modificación de programas curriculares y formación de médicos y especialistas de la red pública</p> <p> 2.2 Capacitar a médicos y especialistas en habilidades comunicacionales</p>	
Descripción del programa	
<p>Este programa busca mejorar el acceso a los servicios de salud de la población chilena a través de dos aristas. Primero, se espera aumentar la disponibilidad de médicos y especialistas a lo largo del país; para esto se generan estrategias para aumentar la cantidad de profesionales disponibles en la red pública, que junto a la telemedicina permitirá disponer de más horas de atención para los pacientes de la red de salud pública del país. Segundo, se busca mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos y especialistas, tanto aquellos que ya son parte de la red pública como quienes se incorporarán durante los próximos años, esto con el fin de mejorar la comunicación médico-paciente, lo que generaría una mayor satisfacción en los pacientes respecto a los servicios de salud obtenidos en la red pública.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Con las características del programa claramente definidas, se procede a detallar aspectos relevantes de cada método seleccionado para cumplir con los objetivos del programa. A continuación, se presenta cada objetivo con los métodos seleccionados para cumplirlos, incluyendo una tabla con las actividades a realizar, su descripción, periodicidad, el plazo para realizarla, los recursos necesarios para cumplirla, la institución involucrada y el responsable de su cumplimiento. Cada tarea se identifica con un código para facilitar la referenciación cuando esta sea necesaria.

Cabe destacar que la planificación de actividades se realiza sin limitación de gastos y considerando valores referenciales, sin embargo, en la realidad existen recursos limitados, por lo que en la implementación práctica de esta intervención se podría priorizar algunas actividades por sobre otras, considerando que esto dilataría el cumplimiento de los objetivos más allá de lo planteado en este trabajo.

Objetivo 1: Mejorar el acceso a médicos y especialistas

Objetivo específico 1.1 Aumentar la cantidad de médicos y especialistas formados en Chile

Tabla 14: Tareas para proyección de demanda y oferta de especialistas y ajuste de plazas para formación

Proyección de demanda y oferta de especialistas y ajuste de plazas para formación					
Este método consiste en generar estimaciones de la oferta y demanda de médicos y especialistas para los próximos años, para poder ajustar los cupos de cada tipo de formación y así enfrentar la posible brecha de profesionales en el sistema de salud.					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A1.1: Generar un modelo de proyección de demanda y oferta para médicos y especialistas	Se debe generar un modelo de estimación matemática que sea capaz de generar estimaciones confiables sobre la demanda de médicos y especialistas. Para esto es posible adaptar el modelo Helsemod, de origen Noruego, al contexto chileno o bien generar uno totalmente nuevo. Esta es una actividad que solo se realizará una vez a partir del año 1	1 año	Gastos incrementales: - Consultoría desarrollo de modelos de predicción (\$300.000.000) ^a	Departamento de estadísticas e información de la salud	Modelo matemático de proyección de demanda y oferta
A1.2: Revisar ajustes de los modelos y realizar las modificaciones correspondientes	Las condiciones del entorno que serán incluidas en el modelo pueden variar con los años, por lo que es importante revisar periódicamente la confiabilidad del modelo generado y ajustarlo si es necesario. Esto se deberá hacer cada cinco años a partir del año 4	6 meses	Gastos incrementales: - Servicio recurrente de consultoría para revisión de ajuste (\$30.000.000) ^a	Departamento de estadísticas e información de la salud	Informe de análisis del modelo y nuevo modelo si corresponde

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A1.3: Ajustar oferta de becas de especialización según estimaciones	Una vez que se dispone de información sobre las brechas de médicos y especialistas de los próximos años se debe ajustar las plazas y becas disponibles para las distintas especialidades médicas, con el fin de eliminar o al menos reducir la brecha estimada en especialistas. Esto se debe hacer cada cinco años, a partir del primer trimestre del año 2, inmediatamente después de que se dispongan los resultados del modelo para el período.	3 meses	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual)^b - Asignación de becas (\$9.500.000*n; donde n representa cada beca asignada)^d <p>Gastos no incrementales: Depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, conexión a internet (\$1.287.500)^c</p>	Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua	Conteo de plazas y becas a disponer por especialidad médica
<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto - El personal administrativo será contratado para realizar otras actividades, adicional a la tarea A1.3 					

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija este valor utilizando como referencia los presupuestos de licitaciones públicas de servicios similares <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=2/1kcxGn1MqkJtAqqIFWgA==>

^b Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^c Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAeIVti-QWGHlxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$10.000 en total considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

^d Se considera el valor del arancel de la especialización más una asignación de mantención <https://eunamed.com/blog/becas-especialidades-medicas-chile/>

Objetivo específico 1.2 Aumentar la cantidad de horas disponibles

Tabla 15: Tareas para incentivos a la retención de médicos en zonas de difícil acceso

Incentivos a la retención de médicos en zonas de difícil acceso					
No solo basta con disponer del número correcto de médicos y especialistas, sino que también se debe velar por que la distribución de estos profesionales satisfaga las necesidades de cada zona geográfica del país, por lo que este método se enfoca en generar incentivos para lograr retener médicos y especialistas en zonas de difícil acceso, y así garantizar la disponibilidad de servicios médicos en todo el país.					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A2.1: Modificar programa de formación, ingreso y retención de especialistas, creando proceso especial para becas con PAO en zonas de difícil acceso	Actualmente existe un programa enfocado en formar, ingresar y retener especialistas en la red pública y a pesar que se da mayor puntaje a médicos que buscan trabajar en zonas alejadas de los centros urbanos del país, el número de especialistas en estas zonas sigue siendo muy bajo, por lo que se debe generar un proceso de asignación de becas similar al existente, pero específico para profesionales que realizarán su PAO en zonas de difícil acceso, con el fin de garantizar una dotación mínima de especialistas en dichas zonas, este programa debe incluir alojamiento y movilización por un periodo adicional al que el profesional realizará su PAO. En primera instancia se busca aumentar la cantidad de especialistas a al menos 10 por cada 10.000 habitantes, lo que se traduce en 2.000 nuevos especialistas en regiones. Esta actividad solo se debe realizar una vez, en el año 1 para estar disponible en el año 2	1 año	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual)^a - Monto a distribuir en becas (\$19.000.000.000)^b <p>Gastos no incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$5.250.000)^c 	Departamento de formación, perfeccionamiento y educación continua	Diseño de un proceso de asignación de becas de especialización que incluye PAO en zonas de difícil acceso

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A.2.2: Mejorar equipos e infraestructura de centros de salud ubicados en lugares de difícil acceso	Mejorar la infraestructura de los centros de atención primaria de difícil acceso, incluyendo localidades alejadas de las grandes ciudades y centros de salud rurales del país, debiera tener un impacto positivo en la retención de médicos y especialistas pues ofrece mejores condiciones de trabajo y mayores posibilidades de tratamiento para los pacientes. Esto incluye incluir mayor equipamiento de mediana complejidad y realizar las reparaciones que sean necesarias en cada centro de salud. Esta actividad se realizará solo una vez y se comenzará a partir del año 2	5 años	Gastos incrementales: - Servicio de reparaciones (\$600.000.000.000) ^d - Adquisición de equipamiento (\$50.000.000.000) ^e - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual) ^a Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$26.250.000) ^c	Departamento de Gestión de Recursos para el Modelo de Atención Primaria de Salud (APS)	Centros de salud rurales y ubicados en localidades alejadas de las grandes ciudades del país con infraestructura en excelentes condiciones y equipamiento para prestar atenciones médicas mediana complejidad

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
<p>A2.3: Adquirir alojamiento y vehículos para médicos y especialistas reubicados a zonas de difícil acceso</p>	<p>Con el fin de retener a los especialistas que realizarán su PAO en zonas alejadas, ya sea del programa específico diseñado en la A2.1 o del proceso regular, se dispone alojamiento y opciones de movilización para incentivar su permanencia como parte de un fondo de retención. La búsqueda de debe priorizar residencias cercanas a los centros de salud, con el fin de disminuir las dificultades de desplazamiento Como se explicó en la tarea A2.1, se debe ubicar 2.000 nuevos especialistas en regiones, por lo que se deberá considerar la adquisición de 1.500 residencias en regiones. Para facilitar la movilización se generan asignaciones para financiar costos de movilización, como gastos de combustible o transporte en taxis.. Esta actividad debe comenzar el segundo semestre del año 2, considerando que aproximadamente en ese momento se asignarían las primeras becas del programa diseñado en la tarea A2.1</p>	<p>6 meses</p>	<p>Gastos incrementales: - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual)^a - Adquisición de 1.000 residencias (\$45.0000.000.000)^f - Fondo de apoyo para movilización (\$3.500.000.000 anual)^g</p> <p>Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, conexión a internet, movilización (\$2.625.000)</p>	<p>Departamento de Calidad de Vida y Relaciones Laborales</p>	<p>Residencias y vehículos fiscales para asignar a especialistas en lugares apartados</p>

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A2.4: Verificar existencia de personal de apoyo suficiente en los centros de salud públicos del país y subsanar falencias	Otro factor relevante para brindar condiciones que incentiven a médicos y especialistas a permanecer en centros de salud ubicados en zonas alejadas es el personal de apoyo, por lo que se debe generar un diagnóstico de las brechas existentes entre el personal disponible y el necesario para las áreas de seguridad, gestión administrativa, aseo y mantención de cada centro de salud en zonas de difícil acceso. Con esta información se deben realizar los ajustes correspondientes en las contrataciones para subsanar las falencias detectadas. Esta tarea se debe realizar a partir del año 2, junto con las mejoras a infraestructura y equipo que podrían modificar la necesidad de personal de apoyo.	2 años	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual) ^a - Presupuesto para servicios de aseo y seguridad (\$200.000.000 mensuales)^h - Gastos no incrementales: depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$10.500.000)^c 	Departamento de Gestión de Recursos para el Modelo de Atención Primaria de Salud (APS)	Informe de brechas de personal de apoyo y nueva nómina de contratación por centro de salud según corresponda

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A2.5: Rediseñar estructura de compensación incluyendo compensación permanente a médicos que trabajen en zonas de difícil acceso	Adicional a los ajustes realizados anteriormente, se debe generar una compensación permanente para retener a médicos y especialistas que trabajen en zonas de difícil acceso, diferenciando la renta no solo por la región donde se desempeña el profesional, sino que también agregando un monto adicional a la remuneración en caso de prestar servicios en zonas rurales. Para esto se debe sectorizar los centros de salud existentes, con el fin de diferenciar la compensación adicional según el grado de inaccesibilidad de cada centro de salud. En el anexo I se encuentra un ejemplo de sectorización utilizando la región del Ñuble, donde se distinguen dos tipos de zona, lo que enmarca la diferenciación de las compensaciones entre los profesionales que trabajen en cada zona. Esta tarea se debe realizar desde el segundo semestre del año 1, con el fin de disponer de esta información cuando inicie la asignación de becas con el proceso diseñado en la tarea A2.1	6 meses	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 experto en incentivos (\$1.800.000 mensual) ^a - Fondo de incentivos por zona (\$2.200.000.000 mensual)ⁱ <p>Gastos no incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, conexión a internet, movilización (\$2.625.000) 	Departamento de Calidad de Vida y Relaciones Laborales	Esquema de compensación diferenciado por zona de trabajo.

Observaciones

- Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto.
- El personal administrativo de esta estrategia es solo una persona que realizará todas las actividades necesarias. Podría ser el mismo contratado para la actividad 1.3

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834.

^b Se fija este monto para becas usando como referencias los montos destinados al financiamiento de becas durante los años 2016 y 2017, ajustado por IPC. Se destina \$9.500.000 por médico, considerando 2.000 nuevos especialistas

^c Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAelVti-QWGhXUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclid=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

^d Se fija este valor usando como referencia el presupuesto de remodelación, reparación y equipamiento de hospitales, ajustándolo por IPC, disponibles en <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/gobierno-anuncio-la-construccion-de-10-hospitales-en-2020/2019-10-12/140732.html>

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c3ad50a8681c94e04001011e0147cd.pdf>

^e Se usa como referencia la inversión en mejoras del equipamiento de programas municipales de comunas de Santiago y licitaciones vigentes disponibles en https://www.transparenciamaipu.cl/wp-content/uploads/2020/04/02_MAIPU_SANO_Salud_Gratuita_y_sin_Distinci%C3%B3n.pdf, <https://transparencia.munininhue.cl/administracion/ctaPublica2017.pdf>, <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=8oboPOoPJZj0ES4D6ujnUg==>, <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=DwoSo7Gy/wGiXDzI2115tQ==>

^f Se calcula este valor en base a los valores de viviendas publicados en <https://usatusubsidio.com/inicio/>

^g Se asigna un presupuesto de \$1.750.000 anual por cada médico

^h Se utiliza como referencias licitaciones vigentes para servicios de aseo y seguridad disponibles en <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=9j7dU2wvJ6tzzCbRV0e7Cw==>, <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=P9Inj+16zscOrSGzgN2YmA==>

ⁱ Se llega a este valor calculando una bonificación en promedio de \$100.000 para cada médico, considerando que aquellos que trabajan en zonas urbanas no tendrán bonificación mientras aquellos que trabajen en zonas alejadas percibirán un aumento mayor al monto fijado. La cantidad de médicos considerados en este calculo son los aproximadamente 22.000 médicos que actualmente tienen un contrato con algún organismo de la red pública de salud

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-Ietra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf>

Tabla 16: Tareas para la reestructuración de programas de formación

Reestructuración de programas de formación

Con el fin de hacer frente a la demanda atenciones médicas de especialidad se busca diseñar cursos que entreguen los conocimientos y habilidades suficientes a médicos generales para realizar prestaciones médicas específicas, delimitadas por un marco regulatorio, con el fin de acelerar la disponibilidad de atenciones de alta demanda de algunas especialidades. Este curso no reemplaza la especialización y funciona como una atención previa a la asistencia del especialista requerido.

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A3.1: Identificar atenciones médicas con mayor tiempo de espera de las especialidades de: geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología	En una primera etapa del programa se consideran solo las especialidades más demandas actualmente, además de aquellas vinculadas a enfermedades virológicas, que se espera sea la preocupación principal de las autoridades sanitarias en el futuro. Esta actividad debe identificar el listado de prestaciones médicas, a cargo de los especialistas ya nombrados, que tienen mayores tiempos de espera en la red pública. Esta actividad debe comenzar el año 1 y se realiza una única vez.	6 meses	Gastos incrementales: - 1 Personal administrativo (\$1.500.000 mensual) ^a Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$2.625.000) ^b	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Informe de prestaciones médicas con mayor tiempo de espera en la red pública de las especialidades de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A3.2: Diseñar programas de formación de especialistas reducidos, enfocados en conocimientos y habilidades de atenciones con mayor tiempo de espera	Los cursos a diseñar deben considerar las habilidades, conocimientos prácticos y teóricos de todas las prestaciones seleccionadas en la tarea A3.1, esto debe resultar en un curso dirigido a médicos generales con una duración de a lo más 18 meses. El diseño de los cursos debe ir en paralelo con la formulación de regulaciones que delimiten las prestaciones que podrán realizar los médicos generales que aprueben estos cursos. Esta actividad parte el segundo semestre del año 1, inmediatamente después de terminar la tarea A3.1	2 años	Gastos incrementales - 1 experto en aprendizaje y capacitaciones (\$1.500.000 mensual) ^a - 1 geriatra (\$5.000.000) ^a - 1 oncólogo (\$5.000.000) ^a - 1 cardiólogo (\$5.000.000) ^a - 1 virólogo (\$5.000.000) ^a - 1 inmunólogo (\$5.000.000) ^a Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$10.500.000)	Departamento de formación, perfeccionamiento y educación continua	5 programas de formación de especialistas reducidos en tiempo respecto a la especialidad de la cual derivaron
Observaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto - El personal administrativo considerado en la actividad 3.1 es el mismo contratado para las estrategias anteriores. 					

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^b Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAeIVti-QWGHlxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

Tabla 17: Tareas para incentivos para aumentar la disponibilidad de horas para población con escaso acceso a atención médica

Incentivos para aumentar la disponibilidad de horas para población con escaso acceso a atención médica					
<p>Adicional a lo que se realiza en el resto de los métodos, se busca generar una mayor disponibilidad de horas médicas de médicos generales en zonas de difícil acceso a través de mayores incentivos para estudiantes de medicina para realizar prácticas abiertas, que consiste en prestar atenciones médicas sin remuneración asociada, pero asignando puntuación adicional para su postulación a becas de especialización en el futuro según la sectorización y diferenciación de zonas realizado en la tarea A2.5 y brindando alojamiento y movilización en los casos que corresponda.</p>					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A4.1: Rediseñar esquema de asignación de puntajes para becas de especialización incentivando practicas abiertas en zonas con escaso acceso a atención medica	<p>Actualmente existe la posibilidad de realizar prácticas abiertas y obtener un mayor puntaje para la postulación a becas de especialización de acuerdo a la cantidad de horas dedicadas, en base a esto se debe agregar la diferenciación de puntajes asignados según la sectorización de zonas hecha en la tarea A2.5 y permitiendo acumular el puntaje independiente del tipo de centro en el cual el estudiante presta servicios. En el anexo I se presenta un ejemplo de sectorización utilizando la región del Ñuble, donde se diferencian dos tipos de zonas que asignarían puntajes de forma diferenciada a los postulantes a becas, es decir, a aquellos estudiantes que decidan hacer prácticas abiertas en los sectores clasificados como menos accesibles, se les asignará una bonificación en su puntaje para la postulación a las becas de especialización, aquellos que realicen sus prácticas abiertas en zonas con buena accesibilidad tendrían una bonificación menor respecto al primer grupo. Esta tarea parte desde el año 2.</p>	6 meses	<p>Gatos incrementales: - 1 experto en el tema de incentivos (\$1.800.000 mensual)^a</p> <p>Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$2.625.000)^b</p>	Departamento de formación, perfeccionamiento y educación continua	Nuevo esquema de asignación de puntaje para practicas abiertas en la asignación de becas de especialización

Observaciones:

- Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^b Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAelVti-QWGhIxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

Objetivo específico 1.3 Aumentar las atenciones médicas con modalidad de telemedicina

Tabla 18: Tareas para implementar la telemedicina y centros de atención rural

Telemedicina y centros de atención rural					
<p>Como herramienta de apoyo para mejorar el acceso a atención médica, se busca ampliar el actual programa de telemedicina existente en la red pública ampliándolo a más centros y atenciones, junto con fortalecerlo a través de la construcción de centros de atención orientados a facilitar el acceso a ciertas atenciones médicas a adultos y adultos mayores que no podrían optar a una atención a través de videoconferencia por falta de conocimiento o implementos tecnológicos.</p>					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A5.1: Ampliar y condicionar espacios en centros de atención en zonas de difícil acceso para realizar videoconferencias	Esta actividad busca generar espacios en centros de atención primaria donde sea posible prestar atención médica de especialistas a través de telemedicina con el apoyo de médicos generales, enfermeros y TENS en caso de ser requerido. Se espera que estos espacios sean ocupados por usuarios no familiarizados con herramientas tecnológicas, como por ejemplo los adultos mayores. Adicionalmente se espera que asistan pacientes que, además de una consulta de especialidad, requieren tratamientos o exploraciones realizadas por profesionales de la salud durante su consulta. Estos espacios serían apoyados por la masa crítica del centro de atención primaria donde están ubicados, por lo que será necesario aumentar la contratación para no generar prejuicios al resto de los pacientes. Los especialistas que atenderán a estos pacientes estarán ubicados en espacios acondicionados para prestar atención remota en grandes ciudades, principalmente en la	5 años	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de ampliación de centros médicos (\$2.000.000.000)^a - Aumento de contratación de personal (\$4.603.500.000 mensual)^b <p>Gastos no incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supervisión, movilización (\$145.000.000)^f 	Departamento de Gestión de Servicios de Salud, Modelo de Gestión y Puesta en Marcha	10 Centros de atención remota ubicados en zonas de difícil acceso

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
	Región Metropolitana. De igual forma, las instalaciones podrán ser utilizadas para prestar atención médica a pacientes en sus casas, siempre y cuando no necesiten asistencia de un profesional de la salud. Se espera generar ampliaciones en los centros de atención primaria que totalicen 2.000 metros cuadrados destinados para prestar atención de telemedicina a lo largo de todo el país. Esta actividad debe partir desde año 1.				
A 5.2: Ampliar modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV en todos los servicios de salud del país	El actual programa de telemedicina buscaba que al 2020 fuera posible prestar atención médica de nefrología y ACV a través de telemedicina en 20 de los 29 servicios de salud del país. Si bien según la información pública esta meta no fue cumplida, este programa considera la ampliación de la modalidad de telemedicina a los 9 servicios no incluidos en el programa existente, esperando que el programa vigente cumpla con sus objetivos propuestos en el futuro. Esto se realiza desde el año 1.	5 años	Gastos incrementales: - Adquisición de equipos para brindar atención remota (\$90.000.000) ^c - instructor para capacitar especialistas (\$700.000 mensuales) ^d Gastos no incrementales: - Asistencia administrativa, depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, plan telefónico (\$116.950.000) ^f	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Programa de telemedicina ampliado a todos los centros de salud del país

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A5.3: Ampliar consultas médicas con modalidad de telemedicina disponibles en la red pública	Una vez que los centros de salud primaria cuenten con espacios para la atención en modalidad remota y todos los servicios de salud estén preparados para prestar servicios en esta modalidad se comienza a ampliar la cantidad de especialidades disponibles en esta modalidad. Al iniciar esta actividad debiese existir infraestructura para prestar atención remota desde un centro de telemedicina, ubicado en la región metropolitana, hacia centros de atención primaria ampliados en la tarea A5.1 y usuarios en sus hogares. La adición de especialidades disponibles en esta modalidad debe ser progresiva, de acuerdo a las necesidades de la población. Esta actividad parte el año 6, una vez que finalicen las tareas A5.1 y A5.2	5 años	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de equipos para brindar atención remota (\$165.000.000)^e - 2 instructores para capacitar especialistas (\$1.400.000 mensuales)^c - Médicos con especialidad (\$3.500.000 en promedio por cada uno, mensual) <p>Gastos no incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia administrativa, depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, plan telefónico (\$117.450.000)^f 	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Programa de telemedicina ampliado a todas las especialidades
<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto 					

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija este valor usando como referencias licitaciones de obras de terminaciones y reparaciones de centros de salud disponibles es <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=B746xOsEam9b6VcET+7pZA==>,

<https://www.mercadopublico.cl/BuscarLicitacion?IsFirstTableDesign=True#>. Se considera que se debe adaptar espacios en las 1.157 postas rurales del país.

^b Se estima que se beneficiará en torno a 830 centros, considerando CESFAM y CECOSF del país. Se considera la contratación de dos enfermeros y un médico general adicional para suplir la mayor demanda de profesionales de los centros de salud, con una remuneración estimada de \$1.500.000 y \$2.500.000 respectivamente.

^c Se asigna un presupuesto de \$10.000.000 para cada servicio de salud que incluye la compra de al menos 10 equipos computacionales de alta gama, cuyo precio ronda entre los \$600.000 y \$800.000, junto a un presupuesto adicional para accesorios como audífonos, elementos de seguridad y sillas, además de obras eléctricas menores <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>.

^d Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^e Se asigna un presupuesto de \$5.000.000 para cada servicio de salud que incluye la compra de al menos 4 equipos computacionales de alta gama, cuyo precio ronda entre los \$600.000 y \$800.000, junto a un presupuesto adicional para accesorios como audífonos, elementos de seguridad y sillas, además de obras eléctricas menores. Se incluye también un presupuesto de \$20.000.000 para la adquisición de equipos para el centro de telemedicina donde estarán los especialistas para atender mediante esta modalidad <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>.

^f Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAeIVti-QWGHlxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclid=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

La asistencia administrativa se fija en \$1.500.000 mensuales de acuerdo a lo planteado en el subíndice ^c

Los gastos de supervisión se fijan en \$2.000.000 mensuales de acuerdo a lo planteado en el subíndice ^c

Los gastos de movilización de fijan en \$5.000.000 anuales considerando que quienes supervisan se encuentran en la misma región donde se desarrollan las obras.

El plan telefónico se fija en \$20.000 mensuales https://www.entel.cl/planes/?dclid&gclid=Cj0KCCQjwi7yCBhDJARIsAMWFScOFdU-IKR2uWSlxcw2eatAG4wVgly4kPN5Dfa7KQE5k85ytsFCSWQaAvUmEALw_wcB

Objetivo 2. Mejorar la comunicación médico-paciente

Objetivo específico 2.1 Mejorar las habilidades comunicacionales de médicos y especialistas

Tabla 19: Tareas para la modificación de programas curriculares y formación de médicos y especialistas de la red pública

Modificación de programas curriculares y formación de médicos y especialistas de la red pública					
El desarrollo de habilidades comunicacionales es el elemento fundamental para establecer una relación médico-paciente cooperativa que cumpla las expectativas del usuario. Para lograrlo se busca que los médicos generales incluyan en su formación los aspectos relevantes de una comunicación efectiva ya sea en su formación universitaria o una vez que ingresa a la red pública.					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A6.1: Generar y difundir curso en formato e-learning que contenga los elementos teóricos de una buena comunicación médico-paciente	Con el fin de fomentar la inclusión explícita de la comunicación médico-paciente en la formación de médicos, se genera un curso e-learning. Este curso estará abierto a cualquier persona que desee realizarlo, pudiendo ser cursado por profesionales del sector privado. El curso debe ser difundido con las instituciones de educación sugiriendo que sea incluido en algún curso de la carrera de medicina, exponiendo además que su aprobación es obligatoria para profesionales que deseen ingresar a la red pública de salud. Esta tarea parte el año 1, el año 1 debe estar terminado el curso para poder difundirlo durante el año 2.	2 año	Gastos incrementales: - 1 experto en comunicación médico paciente (\$14.000.000) ^a - Campaña publicitaria (\$150.000.000) ^b Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina, plan telefónico (\$5.490.000) ^c	División de Gestión y Desarrollo de las Personas	Curso en formato e-learning sobre comunicación médico-paciente
Observaciones: - Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto					

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^b Se fija en \$150.000.000 según licitaciones por servicios de publicidad online y prensa escrita <https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=SABeCspxm9wQABQsUPrVQ==>
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=QCzAQW5CK6SN2e1vrcnPgg==>
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=6o2SikodP2FRgT3B2oQX6A==>
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=uU0JTowi1eXzcYFFOWWRFQ==>
<https://www.mercadopublico.cl/Procurement/Modules/RFB/DetailsAcquisition.aspx?qs=8wy7svS+Huu+QquoSPGA5Q==>

Se fija un presupuesto de 10.000.000 para gastos de representación para encuentros e instancias de difusión presencial del curso.

^c Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAelVti-QWGHlxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

El plan telefónico se fija en \$20.000 mensuales https://www.entel.cl/planes/?dclid&gclid=Cj0KCQjwi7yCBhDJARIsAMWFScOFdU-IKR2uWSlxcw2eatAG4wVgly4kPN5Dfa7KQE5k85ytsFCSWQaAvUmEALw_wcB

Objetivo específico 2.2 Capacitar a médicos y especialistas en habilidades comunicacionales

Tabla 20: Tareas para la capacitación de médicos en ejercicio

Capacitación de médicos en ejercicio					
Con el fin de suplir la necesidad de formación de médicos y especialistas para lograr una buena comunicación médico-paciente se debe capacitar tanto a los profesionales que ya están insertos en la red de salud pública. Para esto se diseñan planes de capacitación para ser posteriormente aplicados en capacitaciones cortas.					
Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A7.1: Diseñar planes de capacitación que incluyan el desarrollo de habilidades para una buena comunicación médico-paciente	Se debe diseñar capacitaciones cortas que incluya los ejes de una buena comunicación médico-paciente. Se debe considerar que estará dirigido a personas expertas en su área y que podrían presentar resistencia a nuevas prácticas. Esta tarea inicia el año 1.	6 meses	Gastos incrementales: - Experto en comunicación médico-paciente (\$7.000.000) ^a Gastos no incrementales: - depreciación equipos e infraestructura, material de oficina (\$3.500.000) ^e	Departamento de formación, perfeccionamiento y educación continua	Curso de mejora de comunicación médico-paciente

Tarea	Descripción	Plazo	Recursos	Responsable	Producto
A7.2: Capacitar médicos y especialistas de la red pública en ejercicio	Se espera capacitar a todos los médicos de la red pública en un plazo de 4 años. Se debe considerar que esta capacitación se llevará a cabo dentro del horario laboral del médico, por lo que se debe planificar la realización de las sesiones de forma tal que no genere mayor perjuicio a la atención de pacientes. Con el fin de incentivar a médicos y especialistas a realizar esta capacitación, una vez aprobada la capacitación, se asigna puntaje adicional a médicos generales para la obtención de becas de especialidad. Además, se hace obligatoria la aprobación de esta capacitación para mantenerse en la red pública de salud para todos los especialistas. Esta tarea debe comenzar el segundo semestre del año 1, con la planificación para comenzar con las capacitaciones como tal durante el año 2.	4 años	<p>Gastos incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 instructores (\$6.500.000 mensual)^a - Equipo y material adicional (\$9.600.000) <p>Gastos no incrementales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistencia administrativa, depreciación equipos e infraestructura, material de oficina y movilización(\$133.000.000)^c 	Departamento de formación, perfeccionamiento y educación continua	
<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los gastos incrementales son aquellos que generan un desembolso de efectivo. Los gastos no incrementales son gastos necesarios pero que no generan necesariamente desembolsos de efectivo y están relacionados a recursos operativos del proyecto 					

Fuente: Elaboración propia

^a Se fija la remuneración mensual usando como referencia los pagos de la dotación de personal disponibles en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/index.php#> del año 2017, ajustándolas por IPC y las leyes 19.664, 15.076 y 18.834

^b Se considera en este monto la elaboración de material como guías, cuadernillos y/o folletos para la realización de los cursos. Se fija el valor según licitaciones por la adquisición de material de oficina.

^c Depreciación de equipos se fija en \$150.000 anual (Valor computador \$769.990 con una vida útil de 7 años, método lineal <https://www.lenovo.com/cl/es/laptops/thinkpad/serie-e/E14/p/22TPE14E4N1>; Valor impresora \$200.000 con una vida útil de 5 años, método lineal https://www.paris.cl/impresora-multifuncional-xerox-laser-monocromatica-b215-wifi-611933999.html?gclid=CjwKCAiA4rGCBhAQEiwAelVti-QWGhIxUQiraC9aokgPuGX1jMoE3yfCeALREX0mMIS_PTfRm1pwoRoCG9MQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)

Depreciación de la oficina se fija en \$5.000.000 anual (Valor \$250.000.000 con vida útil de 50 años, método lineal) https://casas.mitula.cl/detalle/372581/3550125587562108215/7/1/oficinas-valor-m2-santiago-centro?search_terms=oficinas+valor+m2+santiago+centro&page=1&pos=7&t_sec=1&t_or=2&t_pvid=cf18bc01-c254-4408-b1c8-873087a1cfb5&req_sgmt=REVTS1RPUDtTRU87U0VSUDs=

Material de oficina de valora en \$100.0000 anual considerando un ser básico (Lápices, cuaderno, notas, resma de hojas y tinta de impresora)

La asistencia administrativa se fija en \$1.500.000 mensuales de acuerdo a lo planteado en el subíndice ^a

Los gastos de movilización de fijan en \$10.000.000 anuales considerando la movilización constante de los 10 instructores a todas las regiones del país

Como es posible apreciar en los cuadros anteriores, cada objetivo está relacionado con al menos un método o estrategia diseñada para cumplir dicho objetivo, sin embargo, es posible que las tareas incluidas en cada método o estrategia tengan impacto en el cumplimiento de más de un objetivo. Por esta razón a continuación, se presenta la tabla 14 con el cruce de los objetivos del programa y las tareas que contribuyen a su cumplimiento.

Tabla 21: Cruce de Objetivos y Tareas del programa

		Tareas																	
		A1.1	A1.2	A1.3	A2.1	A2.2	A2.3	A2.4	A2.5	A3.1	A3.2	A4.1	A5.1	A5.2	A5.3	A6.1	A6.2	A7.1	A7.2
Objetivos	O1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
	O1.1	x	x	x	x	x	x	x	x										
	O1.2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
	O1.3											x	x	x					
	O2															x	x	x	x
	O2.1															x			
	O2.2																x	x	x

Fuente: Elaboración propia

La tabla 21 muestra que efectivamente, la formulación del programa incluye tareas que contribuyen al cumplimiento de todos los objetivos del programa, primarios y secundarios. Con esta verificación es posible afirmar que el diseño de la intervención aún es coherente con lo planteado en los pasos 1, 2 y 3 del modelo, y es posible continuar con la siguiente etapa.

3.2.1.5. Paso 5: Diseño de una Agenda de Cambio

El quinto paso del modelo trata del diseño de una agenda de cambio. En ella se presentan los cambios en las condiciones que habrá entre la situación actual en torno al problema que se intenta resolver y la situación una vez que el programa esté implementado.

Tabla 22: Agenda de Cambio del programa

Hoy	Mañana
Existencia de brecha entre oferta y demanda de médicos y especialistas en el país	Dotación suficiente de médicos y especialistas para satisfacer la demanda de la población en todo el país
Existencia de zonas del país sin disponibilidad de atenciones de especialidad por carencia de especialistas	Disponibilidad de todas las prestaciones de salud en todo el país presencial u a través de telemedicina
Médicos y especialistas con escasa formación en comunicación asertiva	Médicos y especialistas capacitados para lograr una buena comunicación médico-paciente
Insatisfacción de la población respecto a la comunicación médico-paciente	Población satisfecha con la comunicación médico-paciente

Fuente: Elaboración Propia

De la agenda de cambio se deduce que con la implementación del programa la población debiera tener un mejor y facilitado acceso a atención médica, considerando una mayor disponibilidad y alcance con un mayor número de profesionales y el apoyo en la tecnología, junto con un mejor entendimiento producto de una mejorada comunicación médico-paciente.

Adicionalmente, se debe considerar que el plan de trabajo del programa considera diversas actividades con diferente temporalidad, por lo que el logro de estos cambios se alcanzará en su totalidad al finalizar todas las actividades descritas en el paso 4. A continuación, se presenta la carta Gantt del proyecto donde es posible ver los plazos de las diversas tareas y como interactúan entre ellas.

Ilustración 5: Carta Gantt del programa

Tareas	Año 1				Año 2				Año 3				Año 4				Año 5				Año 6				Año 7				Año 8				Año 9				Año 10			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
A1.1	█																																							
A1.2																																								
A1.3																																								
A2.1	█																																							
A2.2					█																																			
A2.3									█																															
A2.4													█																											
A2.5																																								
A3.1	█																																							
A3.2					█																																			
A4.1																																								
A5.1	█																																							
A5.2	█																																							
A5.3																																								
A6.1	█																																							
A7.1	█																																							
A7.2					█																																			

Fuente: Elaboración Propia

En la carta Gantt se aprecia que la duración total de la implementación del programa son 10 años, sin embargo, la mayoría de las actividades a realizar solo una vez se terminan el año 6. Algunas actividades son de naturaleza recurrente, tal como se explica en el plan de trabajo desarrollado en el paso 4, por lo que se deberán realizar incluso después de terminada la implementación del programa.

3.2.1.6. Paso 6: Diseño de sets de indicadores

El sexto y último paso del modelo corresponde a la evaluación del desempeño de la intervención. Para esto, se diseña un set de indicadores que medirán tanto el avance de los métodos y estrategias utilizados para cumplir los objetivos del programa, como el cumplimiento del objetivo en sí mismo. A continuación, se presentan los indicadores de monitoreo para la

implementación y evaluación del desempeño del programa. En la tabla 22 se presenta la evaluación para los objetivos principales del programa, por otro lado, desde la tabla 23 hasta la tabla 26 se presentan sets de indicadores para evaluar los objetivos secundarios del programa. En dichas tablas, se destaca al inicio la evaluación del desempeño de ese objetivo, seguido de objetivos operativos relacionados con las actividades para cumplir con cada objetivo, según lo planteado en la formulación del programa desarrollada en el paso 4.

Tabla 23: Indicadores para medir cumplimiento de los objetivos generales del programa

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
1. Mejorar el acceso a médicos y especialistas	Porcentaje de personas que tuvieron problemas de salud y accedieron a atención médica tradicional, obtenido según pregunta 3 de la encuesta de evaluación de atención médica (anexo K)	$\frac{\text{Personas que tuvieron problemas de salud y accedieron a atención médica}}{\text{Total personas que tuvieron problemas de salud en el último año}} \cdot 100$	Anual	60% ^a	Año 11 >75%
	Porcentaje de personas que tuvieron problemas de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos, obtenido según pregunta 3 de la encuesta de evaluación de atención médica (anexo K)	$\frac{\text{Personas que tuvieron problemas de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos}}{\text{Total personas que tuvieron problemas de salud en el último año}} \cdot 100$	Anual	0,8% ^b	Año 11 <0,5%

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
2. Mejorar la comunicación médico-paciente	Porcentaje de usuarios que califican como "Muy buena" o "Buena" la comunicación médico-paciente usualmente recibida en la red pública, obtenido según pregunta 5 de la encuesta de evaluación de atención médica (anexo K)	$\frac{\text{Usuarios que califican como "Muy buena" o "buena" la comunicación médico - paciente recibida}}{\text{Total usuarios encuestados}} \cdot 100$	Anual	48% ^c	Año 11 >65%

Fuente: Elaboración Propia

^a Información de la Encuesta Acceso a la Salud 2018 (Núñez, 2018)

^b Información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, obtenida de https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Desarrollo_Social_2019.pdf

Tabla 24: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.1 y actividades relacionadas

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
1.1 Aumentar la cantidad de médicos y especialistas formados en Chile	Variación de médicos generales necesarios ^a en la red pública respecto a los médicos generales disponibles	# jornadas completas de médicos generales necesarios – # jornadas completas de médicos generales disponibles	Anual	2.800 ^b	Año 5 <2.750
					Año 6 <2.700
					Año 7 <2.750
					Año 8 <2.600
					Año 9 <2.500
					Año 10 <2.400
	Variación de especialistas necesarios ^a en la red pública respecto a los especialistas disponibles	# jornadas completas de especialistas necesarias – # jornadas completas de especialistas disponibles	Anual	4.900 ^b	Año 5 <4.800
					Año 6 <4.750
					Año 7 <4.700
					Año 8 <4.600
					Año 9 <4.500
	Cantidad de médicos generales por cada 1.000 habitantes	$\frac{\text{Cantidad de médicos generales en la red pública}}{\text{Total población}} \cdot 1.000$	Anual	2,5 ^c	Año 5 >2,6
					Año 6 >2,6
					Año 7 >2,7
					Año 8 >2,7
					Año 9 >2,8
					Año 10 >2,9
	Cantidad de especialistas por cada 1.000 habitantes	$\frac{\text{Cantidad de especialistas en la red pública}}{\text{Total población}} \cdot 1.000$	Anual	1,3 ^c	Año 5 >1,4
Año 6 >1,4					
Año 7 >1,5					
Año 8 >1,5					
Año 9 >1,6					
Año 10 >1,7					

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A1.1: Generar un modelo de proyección de demanda y oferta para médicos y especialistas	Grado de avance de desarrollo de modelo de predicción de demanda y oferta	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 1-Trimestre 1 20%
					Año 1-Trimestre 2 50%
					Año 1-Trimestre 3 70%
					Año 1-Trimestre 4 100%
A1.2: Revisar ajustes de los modelos y realizar las modificaciones correspondientes	Grado de avance de revisión de ajustes del modelo de predicción de demanda y oferta	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 6 ^d -Trimestre 1 50%
					Año 6 ^d -Trimestre 2 100%
	Cantidad de ajustes realizados al modelo	$\# \text{ Modificaciones realizadas al modelo}$	Quinquenal	-	Año 6 ^d -Trimestre 2 > 2
A1.3: Ajustar oferta de becas de especialización según estimaciones	Avance del reajuste de becas según nuevas estimaciones	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Quinquenal	-	Año 6 ^d -Trimestre 3 100%

Fuente: Elaboración Propia

^a La cantidad de médicos y especialistas necesarios se estima en base a la densidad deseada por cada cierta cantidad de habitantes. En coherencia con las metas fijadas, se busca lograr 3 médicos por cada 1.000 habitantes y 1,9 especialistas por cada 1.000 habitantes

^b Informe de brecha de personal de salud <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf>

Informe de brechas de médicos especialistas <https://www.clinicasdechile.cl/noticias/salud-estima-que-la-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4-900-facultativos/>

^c Estadísticas OCDE <https://stats.oecd.org/>

^d La tarea asociada a este indicador se realiza cada 5 años, por lo que estas metas se reinician cada dicho periodo.

Tabla 25: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.2 y actividades relacionadas

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
1.2 Aumentar la cantidad de horas médicas y de especialidad disponibles	Aumento de consultas disponibles en la red pública	$\frac{\text{Consultas disponibles}_t - \text{Consultas disponibles}_{t-1}}{\text{Consultas disponibles}_{t-1}} \cdot 100$	Anual	-1,5% ^a	Año 5 >0%
					Año 6 >0,5%
					Año 7 >1%
					Año 8 >1,5%
					Año 9 >1,6%
					Año 10 >1,8%
	Variación de cantidad de médicos generales disponibles en zonas de difícil acceso	$\frac{\text{Medicos generales disponibles}_t^* - \text{Medicos generales disponibles}_{t-1}^*}{\text{Medicos generales disponibles}_{t-1}^*} \cdot 100$ <p style="text-align: center;"><i>* En zonas de difícil acceso</i></p>	Anual	6,9% ^a	Año 5 >7%
					Año 6 >7,2%
					Año 7 >7,5%
					Año 8 >8%
					Año 9 >8,5%
					Año 10 >8,5%
	Variación de cantidad de médicos especialistas disponibles en zonas de difícil acceso	$\frac{\text{Especialistas disponibles}_t^* - \text{Especialistas disponibles}_{t-1}^*}{\text{Especialistas disponibles}_{t-1}^*} \cdot 100$ <p style="text-align: center;"><i>* En zonas de difícil acceso</i></p>	Anual	3,8% ^a	Año 5 >3,8%
					Año 6 >4%
					Año 7 >4,2%
					Año 8 >4,4%
					Año 9 >4,5%
					Año 10 >4,5%

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
	Índice promedio de espera para atención de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología	$\frac{\text{Días totales transcurridos desde la derivación a especialidad i hasta concretar la consulta}}{\text{Total pacientes atendidos por especialidad i}}$ <i>i: geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología</i>	Anual	Geriatría 1800 ^b Oncología 119 ^c Cardiología 220 ^d Virología 190 ^d Inmunología 270 ^d	Año 7 Geriatría 1700 Oncología 80 Cardiología 150 Virología 150 Inmunología 250 <hr/> Año 8 Geriatría 1500 Oncología 50 Cardiología 100 Virología 120 Inmunología 200

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A2.1: Modificar programa de formación, ingreso y retención de especialistas, creando proceso especial para becas con PAO en zonas de difícil acceso	Grado de avance de creación de proceso especial para becas con PAO en zonas de difícil acceso	$\frac{\# \text{ Hitos del trabajo cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Semestral	-	Año 1- Semestre 1 50%
					Año 1- Semestre 2 100%
	Médicos realizando su PAO en zonas de difícil acceso	$\# \text{ Médicos realizando su PAO en zonas de difícil acceso}$	Anual	2.108 ⁹	Año 4 >2.300
					Año 5 >2.500
A.2.2: Mejorar equipos e infraestructura de centros de salud ubicados en lugares de difícil acceso	Porcentaje de centros de salud con obras de mejora de infraestructura y equipamiento finalizadas	$\frac{\# \text{ Centro de salud con obras de mejora finalizadas}}{\text{Total Centros de salud a mejorar}} \cdot 100$	Anual	-	Año 1 20%
					Año 2 40%
					Año 3 60%
					Año 4 80%
					Año 5 100%

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A2.3: Adquirir alojamiento y vehículos para médicos y especialistas reubicados a zonas de difícil acceso	Porcentaje de médicos en zonas de difícil acceso con apoyo de movilización	$\frac{\text{Médicos en zonas de difícil acceso con apoyo de movilización}}{\text{Total médicos en zonas de difícil acceso}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 2- Trimestre 3 50%
					Año 2- Trimestre 4 95%
	Porcentaje de alojamientos disponibles para ubicar un médico respecto al total a disponer	$\frac{\# \text{ alojamientos disponibles para ubicar un médico}}{2000} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 2- Trimestre 3 60%
					Año 2- Trimestre 4 100%
A2.4: Verificar existencia de personal de apoyo suficiente en los centros de salud públicos del país y subsanar falencias	Variación de personal de apoyo necesario respecto al personal disponible	$\text{Cantidad de jornadas completas de personal de apoyo necesarios} - \text{Cantidad de jornadas completas de personal de apoyo disponibles}$	Anual	-	Año 2 -
					Año 3 0
	Porcentaje de centros de salud con personal de apoyo suficiente	$\frac{\# \text{ Centros de salud con personal de apoyo suficiente}}{\text{Total centros de salud}} \cdot 100$	Anual	-	Año 2 -
					Año 3 97%

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A2.5: Rediseñar estructura de compensación incluyendo compensación permanente a médicos que trabajen en zonas de difícil acceso	Grado de avance del rediseño de esquemas de compensación	$\frac{\# \text{ Hitos de la actividad cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 1- Trimestre 3 50%
					Año 1- Trimestre 4 100%
	Porcentaje de médicos y especialistas compensados bajo el nuevo esquema	$\frac{\text{Médicos generales y especialistas bajo el nuevo esquema de compensación}}{\text{Total medicos y especialistas de la red pública}} \cdot 100$	Anual	-	Año 2 20%
					Año 3 40%
					Año 4 60%
Año 5 >80%					
A3.1: Identificar atenciones médicas con mayor tiempo de espera de las especialidades de: geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología	Grado de avance del proceso de identificación de atenciones con mayor tiempo de espera de las especialidades de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 1- Semestre 1 50%
					Año 1- Semestre 2 100%

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A3.2: Diseñar programas de formación de especialistas reducidos, enfocados en conocimientos y habilidades de atenciones con mayor tiempo de espera	Grado de avance de la formulación de cursos de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología	$\frac{\# \text{ Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Anual	-	Año 1 30%
					Año 2 70%
					Año 3 100%
A4.1: Rediseñar esquema de asignación de puntajes para becas de especialización incentivando practicas abiertas en zonas con escaso acceso a atención medica	Grado de avance del rediseño de esquemas de asignación de puntajes para becas de especialización	$\frac{\# \text{ Hitos de la actividad cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 2- Semestre 1 50%
					Año 2- Semestre 2 100%

Fuente: Elaboración Propia

^a Estadísticas OCDE <https://stats.oecd.org/>

^b <https://www.latercera.com/noticia/tiempos-de-espera-para-consultas-de-especialidad-bordean-hasta-seis-anos-en-los-servicios-de-salud/>

^c https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000200004

^d <https://cardioalianza.cl/pacientes-fonasa-no-mas-tiempo-de-espera-en-cardiologia/>

e

f

⁹ Informe de brechas de personal de salud <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf>

Tabla 26: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 1.3 y actividades relacionadas

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
1.3 Aumentar las atenciones médicas con modalidad de telemedicina	Variación de atenciones realizadas por telemedicina	$\frac{\text{Atenciones vía telemedicina}_t - \text{Atenciones vía telemedicina}_{t-1}}{\text{Atenciones vía telemedicina}_{t-1}} \cdot 100$	Anual	-	Año 5 >5%
					Año 6 >5,5%
					Año 7 >5,8%
					Año 8 >6%
					Año 9 >6%
					Año 10 > 6%
Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A5.1: Ampliar y condicionar espacios en centros de atención en zonas de difícil acceso para realizar videoconferencias	Porcentaje de centros de Salud con obras de remodelación finalizadas ^b	$\frac{\# \text{ Centro de salud con obras de mejora finalizadas}}{\text{Total Centros de salud a mejorar}} \cdot 100$	Anual	-	Año 1 >20%
					Año 2 >40%
					Año 3 >60%
					Año 4 >80%
					Año 5 >100%
A 5.2: Ampliar modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV en todos los servicios de salud del país	Servicios de salud que prestaron atención en modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV en el último año	$\# \text{ Servicios de Salud que prestaron atención en modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV}$	Anual	20 ^b	Año 1 >23
					Año 2 >25
					Año 3 >27
					Año 4 >28
					Año 5 >29

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A5.3: Ampliar consultas médicas con modalidad de telemedicina disponibles en la red pública	Cantidad de especialidades disponibles en modalidad de telemedicina	# especialidades disponibles en modalidad de telemedicina	Anual	2 ^b	Año 6 >5
					Año 7 >20
					Año 8 >35
					Año 9 >40
					Año 10 >45

Fuente: Elaboración Propia

^a Se considera la ampliación de 573 Centros de Salud Familiar (CESFAM) y 164 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

^b <http://www.agendadigital.gob.cl/#/seguimiento/medida/Telemedicina-en-la-Red-Publica-de-Salud>

Tabla 27: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 2.1 y actividades relacionadas

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
2.1 Modificación de programas curriculares y formación de médicos y especialistas de la red pública	Porcentaje de universidades que incluyen el curso e-learning en la formación de sus estudiantes de medicina	$\frac{\text{Universidades que incluyeron el curso diseño en la formación de sus estudiantes}}{\text{Total Universidades}} \cdot 100$	Anual	0	Año 2 >60%
					Año 3 >65%
					Año 4 >70%
					Año 5 > 75%
					Año 6 >80%
	Porcentaje de centros de salud con más de 70% de médicos con el curso aprobado	$\frac{\text{Centros de salud con más del 70\% de sus médicos con el curso aprobado}}{\text{Total Centros de Salud}} \cdot 100$	Anual	0	Año 2 >30%
					Año 3 >40%
					Año 4 >50%
					Año 5 > 60%
					Año 6 >70%
Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A6.1: Generar y difundir curso en formato e-learning que contenga los elementos teóricos de una buena comunicación	Grado de avance de la formulación del curso e-learning sobre comunicación médico-paciente	$\frac{\# \text{ Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 1-Trimestre 1 50%
					Año 1-Trimestre 2 100%
	Instancias de difusión realizadas ^a	# instancias de difución realizadas	Semestral	-	Año 1 – Semestre 2 10
					Año 2 – Semestre 1 5
					Año 2 – Semestre 2 5

Fuente: Elaboración Propia

^a Se considera una instancia de difusión cualquier actividad donde se promoció el curso con al menos 5 universidades y/o centros de formación superior.

Tabla 28: Indicadores de monitoreo para el objetivo específico 2.2 y actividades relacionadas

Objetivo	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
2.2 Capacitar a médicos y especialistas en habilidades comunicacionales	Porcentaje de médicos que ingresaron a la red pública de salud capacitados en comunicación médico-paciente	$\frac{\# \text{ Médicos que ingresaron a la red pública capacitados}}{\text{Total médicos que ingresaron a la red pública}} \cdot 100$	Anual	-	Año 2 >30%
					Año 3 >40%
					Año 4 >60%
					Año 5 >70%
					Año 6 >95%
	Porcentaje de médicos que ejercen en la red pública capacitados en comunicación médico-paciente	$\frac{\# \text{ Médicos capacitados en la red pública}}{\text{Total médicos en la red pública}} \cdot 100$	Anual	-	Año 2 >20%
					Año 3 >40%
					Año 4 >60%
					Año 5 >80%
					Año 6 >95%
Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A7.1: Diseñar planes de capacitación que incluyan el desarrollo de habilidades para una buena comunicación médico-paciente	Grado de avance de la formulación del plan de capacitación orientada a mejorar la comunicación médico-paciente	$\frac{\# \text{ Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$	Trimestral	-	Año 1- Trimestre 1 >50%
					Año 1- Trimestre 2 100%

Actividades	Indicador	Métrica	Frecuencia	Valor Base	Meta
A7.2: Capacitar médicos y especialistas de la red pública en ejercicio	Porcentaje de capacitaciones realizadas respecto al plan	$\frac{\# \text{ Capacitaciones realizadas}}{\text{Total capacitaciones a realizar}} \cdot 100$	Anual	-	Año 2 >30%
					Año 3 >60%
					Año 4 >90%
					Año 5 >100%

Fuente: Elaboración Propia

Como se presenta en los cuadros anteriores, el set de indicadores de monitoreo del programa consta de 38 indicadores que en conjunto miden tanto el cumplimiento de las tareas que componen el plan de trabajo, como el cumplimiento de los objetivos. Los indicadores relacionados con el cumplimiento de tareas solo deben ser considerados durante la etapa de implementación, como se indica en el detalle de las metas de cada medida, posterior a esto, se debe monitorear únicamente aquellos indicadores que miden el cumplimiento de los objetivos del programa.

Con el set de indicadores para monitorear la implementación y desempeño del programa diseñado culmina la aplicación del modelo Mapeo de Intervenciones. El resultado de este trabajo es un plan de trabajo con diversas tareas que contribuyen al cumplimiento de los objetivos del programa relacionados con mejorar el acceso a atención de médicos y especialistas, junto con mejorar la comunicación médico paciente. De forma complementaria se dispone de un sistema de medición del desempeño aplicable tanto para verificar la correcta y oportuna implementación, a través del monitoreo de las tareas del plan de trabajo, como el desempeño y alcance de las metas planteadas para revisar el cumplimiento de los objetivos del programa. Esta metodología es aplicable a otro tipo de intervenciones, incluyendo el resto de los programas que fueron parte de la priorización realizada previamente.

4. CONCLUSIÓN

La gestión de la salud debiera ser una preocupación de las autoridades de todas las naciones, pues una deficiente organización de las diversas partes que componen un sistema de salud impacta directamente la calidad y esperanza de vida de la población (Levesque et al., 2013) . En Chile aún existen muchos desafíos para lograr derribar las barreras que impiden lograr un sistema de salud accesible y equitativo (Goic, 2015). Con el fin de identificar las barreras al sistema de salud chileno se realizó la Encuesta de Acceso a la Salud 2018, con los datos recopilados fue posible identificar diversas barreras que enfrenta la población al acceder al sistema de salud. Este trabajo se basa en dar solución a una de estas barreras. Para esto, se generaron seis programas que en conjunto dan solución a todas las barreras identificadas. Luego, en la segunda etapa de la encuesta de Acceso a la Salud 2018 se solicitó a los participantes priorizar estos seis programas. El análisis de los datos recopilados arrojó que el programa que la población asigna en primera prioridad es el programa relativo a aumentar el número de médicos y especialistas en el país y mejorar la comunicación médico-paciente, de esta forma se da respuesta a la primera pregunta de investigación planteada en ese trabajo, la cual apunta a identificar el programa con mayor prioridad para ser implementado, según la población.

Previo a la planificación del programa, se realizó un análisis de la cantidad de médicos y especialistas disponibles actualmente en país, como se distribuyen y las falencias existentes, comparando con datos de la OCDE y países de condiciones similares. Actualmente existe una distribución desigual de médicos y especialistas, pues la mayoría se concentra en regiones centrales y de carácter urbano, principalmente la región metropolitana, dejando a regiones extremas, principalmente del norte del país, con una dotación baja de estos profesionales de la salud respecto al resto del país y estándares internacionales. Esto no es un problema reciente, por ello existe un plan de ingreso, formación y retención de especialistas en la red pública de salud, sin embargo, los resultados no han sido suficientes y la brecha de especialistas incluso ha aumentado desde el 2015 hasta el 2018.

Con esta información, se procedió a diseñar el programa utilizando el protocolo Mapeo de Intervenciones, que consta de seis pasos. En el paso 1 se evaluaron las necesidades actuales específicas para resolver el problema utilizando el modelo PRECEDE, considerando las condiciones sociales y políticas en torno al problema. Dentro de las características más

relevantes sobre la población se observó que existe un proceso de envejecimiento, que se relaciona directamente con la disminución de nacimientos, lo que se espera que continúe en los próximos años, además parte de la población no se siente satisfecha con la atención recibida por parte de médicos y especialistas por una mala comunicación médico-paciente, generada por actitudes peyorativas y explicaciones demasiado técnicas. Otro factor relevante es que el crecimiento de las ciudades ha hecho que las personas tengan cada vez más contacto con animales silvestres, lo que nos expone a enfermedades virológicas nuevas. Respecto al marco legislativo relativo al problema, la constitución enuncia que el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Además, existen algunos programas orientados a mejorar el acceso a médicos y especialistas, destacando el programa de ingreso, formación y retención de especialistas y el programa de Telesalud que busca implementar la modalidad de telemedicina en el país.

En el paso 2 se plantearon los objetivos del programa, en línea con lo analizado en el paso anterior. Los objetivos principales fijados son mejorar el acceso a atención de médicos y especialistas y mejorar la comunicación médico-paciente.

En el paso 3 se realizó una revisión de métodos utilizados en otros países para solucionar el problema que se intenta solucionar, revisando los resultados obtenidos y comparando el contexto de aplicación con la realidad de Chile. Luego del análisis, se rescataron los métodos y estrategias que serán utilizados en la formulación del programa que son: proyección de demanda y oferta de especialistas y ajuste de plazas para formación; incentivos a la retención de médicos en zonas de difícil acceso; reestructuración de programas de formación; incentivos para aumentar la disponibilidad de horas para población con escaso acceso a atención médica; telemedicina y centros de atención rural; capacitación de médicos en ejercicio y modificación de programas curriculares.

En el paso 4 se realiza el plan de trabajo del programa, se detallan las actividades a realizar en cada método o estrategia a aplicar, considerando plazos de realización, área responsable, recursos y producto esperado. Se realizó una breve descripción de la actividad donde además se detalla el momento de la implementación en el que debe ser realizado. Un detalle importante es que en este trabajo no se consideró una limitación de presupuesto, por lo que en su implementación se sugiere priorizar las actividades, considerando las interrelaciones y la demora en el cumplimiento de los objetivos que esto conllevaría.

En el paso 5 se realizó una agenda de cambio y se detallaron algunos aspectos sobre la duración de la implementación del programa, incluyendo la carta Gantt con el detalle de la temporalidad de cada actividad durante los 10 años que dura la implementación de la intervención. Todo esto fue una adaptación del modelo, pues originalmente el paso 5 consiste en la implementación del programa como tal, pero esto está fuera del alcance de este trabajo. En este punto, se da respuesta a la segunda pregunta de investigación de este trabajo, en la cual se planteó la posibilidad de diseñar un programa que dé solución a una barrera al sistema de salud Chileno.

Finalmente, en el paso 6 se diseñó un set de 38 indicadores para monitorear el avance de la implementación y desempeño del programa. Estos indicadores se separan en dos tipos, en primer lugar, se utilizaron indicadores para monitorear la correcta y oportuna realización de las tareas del plan de trabajo, que serán relevantes en la etapa de implementación del programa. Por otro lado, se consideraron indicadores para medir el cumplimiento de los objetivos planteados en el paso 2, que cobrarán relevancia una vez que las actividades del plan de trabajo diseñado en el paso comienzan a generar impacto en las variables de resultado. Con el desarrollo de esta etapa se da respuesta a la tercera y última pregunta de investigación de este trabajo, que plantea la interrogante sobre qué variables se deben medir para asegurar un correcto monitoreo de la implementación del programa y aseguramiento de sus resultados.

Con todos estos antecedentes, se da por cumplido el objetivo de este trabajo, que consistió en diseñar un plan de implementación y monitoreo de un programa priorizado de acceso a la salud en Chile, sin embargo, existen limitaciones importantes, como la imposibilidad de implementar el programa diseñado. Asimismo, en el proceso de planificación de la intervención para el sistema de salud existieron barreras de información, por lo que los valores asociados a cada tarea pueden variar. Adicionalmente, existen algunas limitaciones del programa como tal. Primero, no se evalúa el impacto del robo de conocimiento por países vecinos, ni tampoco el efecto de la migración de médicos generales y/o especialistas; segundo, no es posible influir directamente en los centros de educación superior respecto a plazas de formación de médicos generales ni cupos de especialidades, pues si bien el programa considera modificar la cantidad de profesionales a formar de cada especialidad con la asignación de becas, queda fuera del alcance del programa cambiar el número de plazas de la carrera de medicina y la formación de especialistas con recursos propios y/o privados; por último y relacionado con el punto anterior, no es posible mandar cambios en la formación de médicos y/o especialistas respecto a comunicación médico paciente, por lo que se espera que exista voluntad de centros

de educación superior y centros de salud para incluir y fomentar el curso diseñado en el programa para mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos del país. Por esta razón es importante que el responsable de la implementación de un programa de esta envergadura sea el Ministerio de Salud, pues al tratarse un organismo central del sistema de gobierno el MINSAL tiene el poder, formal y político, de influir en todas las organizaciones involucradas.

A modo de recomendación, se sugiere asignar un responsable claro a cada actividad del plan de trabajo del programa, a pesar de ello es fundamental generar mecanismos de coordinación entre los responsables de tareas relacionadas con un mismo objetivo por la interrelación de sus resultados.

Sobre el aspecto de políticas públicas de este trabajo, es importante señalar que la implementación del programa diseñado requiere cooperación y voluntad de todas las instituciones que son parte de la red pública de salud, considerando también que es necesario generar regulaciones legales que enmarquen el funcionamiento del programa, como en la fijación de responsabilidades y protocolos en la modalidad de telemedicina y la acreditación y respaldo de los cursos y capacitaciones que considera este programa. Además, no se debe descuidar el desempeño de otros programas relacionados, como el programa de ingreso, formación y retención de especialistas en la red pública o las garantías explícitas de salud, pues todas las intervenciones generan mejoras en un aspecto específico del sistema de salud y no es beneficioso para la población subsanar una falencia a costa de descuidar otros aspectos de la red pública de salud. El resultado de este programa se condiciona por el correcto cumplimiento de las actividades y la coordinación en las diferentes estrategias, por lo que, si bien no se consideró una restricción presupuestaria, al aplicarla y generar priorizaciones de las actividades de esta intervención podría generar retrasos en los desempeños esperados y por supuesto, un tiempo de implementación por sobre los 10 años, que es el período estimado en este trabajo. Cabe señalar que la metodología utilizada en este trabajo puede resultar útil para dar solución a otras problemáticas relacionadas a las políticas públicas, ya sea en materia de salud u otros asuntos en los que resultase beneficioso incluir el punto de vista de las personas.

Queda pendiente para futuros trabajos la formulación de la planificación del resto de los programas de mejora al sistema de salud que fueron parte de la etapa de priorización de este trabajo. Dentro de los programas con mayor preferencia, después de la intervención

desarrollada en este trabajo, se encuentra los programas de mejora de la infraestructura de la red de salud, mejora de la cobertura de los seguros de salud y mejora del acceso a medicamentos, todos con un nivel de preferencia similar.

5. REFERENCIAS

- Adam, P. C. G., de Wit, J. B. F., Toskin, I., Mathers, B. M., Nashkoev, M., Zablotska, I., Lyerla, R., & Rugg, D. (2009). Estimating Levels of HIV Testing, HIV Prevention Coverage, HIV Knowledge, and Condom Use Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Low-Income and Middle-Income Countries. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52, S143. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181baf111>
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Argüelles, V. C. G. R. F., & Flores, J. F. L. (2012). Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. *Revista Waxapa*, 4(6), 80-91.
- Arora, S., Thornton, K., Jenkusky, S. M., Parish, B., & Scaletti, J. V. (2007). Project ECHO: Linking University Specialists with Rural and Prison-Based Clinicians to Improve Care for People with Chronic Hepatitis C in New Mexico. *Public Health Reports*, 122(2_suppl), 74-77. <https://doi.org/10.1177/00333549071220S214>
- Artaza, O., & Lastra, J. (2018). La nueva reforma que necesita Chile: La reforma de los prestadores. *Cuad Méd Soc*, 7.
- Asociación de Isapres de Chile. (2020). *Quiénes Somos*. <http://www.isapre.cl/nosotros/quienes-somos>
- Astortga, O., Astorga, I., & Pinto, A. M. (2002). Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1053-1066. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400011>
- Baró A, M., Vergara O, J., & Navarrete C, M. (1999). Hantavirus en Chile: Revisión y análisis de casos desde 1975. *Revista médica de Chile*, 127(12), 1513-1523. <https://doi.org/10.4067/S0034-98871999001200015>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., & Kok, G. (1998). Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs: *Health Education & Behavior*. <https://doi.org/10.1177/109019819802500502>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. de D., & Manuel. (2011). *Sistema de salud de Chile*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009

- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The Doctor-Patient Relationship and Malpractice: Lessons From Plaintiff Depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-1370. <https://doi.org/10.1001/archinte.1994.00420120093010>
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815-819. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253d3b2>
- Ben-Akiva, M., & Bierlaire, M. (1999). Discrete Choice Methods and their Applications to Short Term Travel Decisions. En R. W. Hall (Ed.), *Handbook of Transportation Science* (pp. 5-33). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5203-1_2
- Binkley, C. J., & Johnson, K. W. (2013). Application of the PRECEDE-PROCEED Planning Model in Designing an Oral Health Strategy. *Journal of theory and practice of dental public health*, 1(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199385/>
- Black, M., & Mooney, G. (1984). Equity in health care from a communitarian standpoint. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 10(2), 193-208. <https://doi.org/10.1023/A:1016583100955>
- Bravo López, G., Jurado Ronquillo, M., Tejera Concepción, J. F., Bravo López, G., Jurado Ronquillo, M., & Tejera Concepción, J. F. (2019). La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572019000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (2012). *Dissemination and Implementation Research in Health Translating Science to Practice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199751877.001.0001>
- Burford, B., Greco, M., Bedi, A., Kergon, C., Morrow, G., Livingston, M., & Illing, J. (2011). Does questionnaire-based patient feedback reflect the important qualities of clinical consultations? Context, benefits and risks. *Patient Education and Counseling*, 84(2), e28-36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.044>
- CAPREDENA. (2020). *Información de la Institución*. <https://www.capredena.gob.cl/informacion-institucional/institucion>
- Castaño, E. Y. P., Carvajal, L. C., García, J. J. B., & Rengifo, Y. S. P. (2016). Estado actual de la telemedicina: Una revisión de literatura. *Ingeniare*, 20, 105-120. <https://doi.org/10.18041/1909-2458/ingeniare.20.412>

- Castillo, C. (2018). *Planificación Sanitaria y priorización en Salud*.
<https://www.docsity.com/es/cendes-metodologia-investigacion/4095725/>
- Central de Abastecimiento. (2019). *Cuenta Pública Institucional 2018*. CENABAST.
<https://www.cenabast.cl/cuenta-publica/>
- Centro de Estudios Públicos. (2016). *Sistema de salud en Chile*.
- Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud. (2020). *Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Buenas prácticas y Recomendaciones*.
<https://cens.cl/wp-content/uploads/2020/04/cens-gua-teleconsulta-en-tiempos-de-pandemia.pdf>
- Choi, B., Maza, R., Mujica, O., PAHO Strategic Plan Advisory Group, & PAHO Technical Team. (2019). El método de Hanlon adaptado por la Organización Panamericana de la Salud para asignar prioridad a los programas de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 43.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.61>
- Clínicas de Chile. (2019, agosto 23). *Salud estima que la brecha de médicos especialistas es de 4.900*. Clínicas de Chile. <http://www.clinicasdechile.cl/noticias/salud-estima-que-la-brecha-de-medicos-especialistas-es-de-4-900-facultativos/>
- Colegio Médico de Chile. (2018). *Código de ética*.
<http://web.uchile.cl/archivos/derecho/CEDI/Normativa/C%F3digo%20de%20%C9tica%20del%20Colegio%20M%E9dico%20de%20Chile.pdf>
- Comisión Nacional de Productividad. (2019). *Regulación de plataformas digitales, telemedicina*.
<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=75386>
- Constitución Política de la República de Chile*. (1980). 127.
- Cowdery, J., Parker, S., & Thompson, A. (2012). Application of the PEN-3 Model in a Diabetes Prevention Intervention. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 4(1).
<https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol4/iss1/3>
- Cuadrado, C. (2016). Public health policies in Chile: Seeking to regain trust. *Medwave*, 16(08), e6532-e6532. <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.08.6532>
- Datos Macro. (2019). *Chile—Piramide de población 2018*. datosmacro.com.
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/chile>
- Degroff, A., Schooley, M., Chaptel, T., & Poister, T. (2010). *Challenges And Strategies In Applying Performance Measurement To Federal Public Health Programs*. 33, 72.

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2020). *Estadísticas e Información de Inmunización*. <https://deis.minsal.cl/>
- Diederich, A., Swait, J., & Wirsik, N. (2012). Citizen Participation in Patient Prioritization Policy Decisions: An Empirical and Experimental Study on Patients' Characteristics. *PLOS ONE*, 7(5), e36824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036824>
- Dixon, J., & Welch, H. G. (1991). Priority setting: Lessons from Oregon. *The Lancet*, 337(8746), 891-894. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90213-9](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90213-9)
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for health care*. Harvard University Press.
- Donaldson, A., Lloyd, D. G., Gabbe, B. J., Cook, J., & Finch, C. F. (2017). We have the programme, what next? Planning the implementation of an injury prevention programme. *Injury Prevention*, 23(4), 273-280. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041737>
- Ejaz, I., Shaikh, B. T., & Rizvi, N. (2011). NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 11(1), 122. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-122>
- Elorduy Hernández-Vaquero, M. (2017). La relación médico-paciente en el grado en medicina. Una necesidad vista por los protagonistas. [Ph.D. Thesis, Universitat Internacional de Catalunya]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/403373>
- Evans, C. L., Maine, D., McCloskey, L., Feeley, F. G., & Sanghvi, H. (2009). Where there is no obstetrician – increasing capacity for emergency obstetric care in rural India: An evaluation of a pilot program to train general doctors. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(3), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.09.006>
- Fallowfield, L., & Hall, A. (1998). Teaching Senior Oncologists Communication Skills: Results From Phase I of a Comprehensive Longitudinal Program in the United Kingdom. 5, 16, 61-68.
- FAO. (2000). *Applications of the contingent valuation method in developing countries*. <http://www.fao.org/3/X8955E/x8955e03.htm>
- Fertman, C. I., Allensworth, D. D., & Education (SOPHE), S. for P. H. (2016). *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. John Wiley & Sons.
- FONASA. (2020a). *Conoce Fonasa*. <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa>

- FONASA. (2020b). *Fonasa facilita la atención remota para cerca de 40 atenciones: Medicina general, especialidades médicas, nutrición, psicología y fonoaudiología*. <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/Noticia-atencion-remota>
- Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. *In Health Services Research: An Anthology.*, 858-864.
- Galaz, C., Godoy, R., Cisternas, J., Yentzen, G., & Fuente, M. D. la. (2004). Patrones de conducta de los usuarios de un Servicio de Urgencia adosado a Hospital Tipo 4. *Revista Chilena de Salud Pública*, 8(2), 84-92. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2004.20378>
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and health education: Theory, research and practice*. Jossey-Bass. https://www.dphu.org/uploads/attachments/books/books_1483_0.pdf#page=445
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: Una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Gómez, L. (2019). "Diseño de un modelo de indicadores de gestión para monitoreo de acceso a los servicios de salud en Chile". Universidad de Chile.
- Hadi, A. (2001). Promoting health knowledge through micro-credit programmes: Experience of BRAC in Bangladesh. *Health Promotion International*, 16(3), 219-227. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.219>
- Harenberg, J., & Favaloro, E. (2020). COVID-19: Progression of disease and intravascular coagulation – present status and future perspectives. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 58(7), 1029-1036. <https://doi.org/10.1515/cclm-2020-0502>
- Hassan, A., Mari, Z., Gatto, E. M., Cardozo, A., Youn, J., Okubadejo, N., Bajwa, J. A., Shalash, A., Fujioka, S., Aldaajani, Z., & Cubo, E. (2020). Global Survey on Telemedicine Utilization for Movement Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Movement Disorders*, 35(10), 1701-1711. <https://doi.org/10.1002/mds.28284>
- Hernández, I., Molina, F., & Gil, A. (2005). *Manual de Epidemiología y Salud Pública. Diagnóstico de Salud*. <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/1353-7-01-3-030>
- Huicho, L., Canseco, F. D., Lema, C., Miranda, J. J., & Lescano, A. G. (2012). Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: Un estudio cualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 729-739. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400012>

- INE. (2020). *Esperanza de vida*. Default. <http://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- Instituto de Salud Pública de Chile. (2015). *Plan_de_Desarrollo_Institucional.pdf*. http://www.ispch.cl/buttons/Plan_de_Desarrollo_Institucional.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). *Panorama de la mortalidad y mapas de calor sobre defunciones, 2016*.
- Jacobs, F., Stegmann, K., & Siebeck, M. (2014). Promoting medical competencies through international exchange programs: Benefits on communication and effective doctor-patient relationships. *BMC Medical Education*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-43>
- Kegler, M. C., Rigler, J., & Honeycutt, S. (2011). The role of community context in planning and implementing community-based health promotion projects. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.03.004>
- Klesges, L. M., Estabrooks, P. A., Dzewaltowski, D. A., Bull, S. S., & Glasgow, R. E. (2005). Beginning with the application in mind: Designing and planning health behavior change interventions to enhance dissemination. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(2), 66-75. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2902s_10
- Kline, M. V., & Huff, R. M. (2007). *Health Promotion in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners and Students*. SAGE.
- Lee, R., Galaviz, K., Soltero, E., Rosales, J., Jauregui, E., Levesque, L., Ortiz, L., Lopez, J., & Estabrooks, P. A. (2017). *Aplicando el marco conceptual RE-AIM a la promoción de actividad física en países de ingreso bajo y medio*. 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1894.2923>
- Lee, R. I., Jones, L. W., & Jones, B. (1933). *The fundamentals of good medical care: An outline of the fundamentals of good medical care and an estimate of the service required to supply the medical needs of the United States*. Archon.
- Lenaghan, J. (1999). Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens juries. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 49(1-2), 45-61. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(99\)00042-1](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(99)00042-1)
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

- Mascayano, F., & Gajardo, J. (2018). Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Revista médica de Chile*, 146(7), 945-946. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000700945>
- Mercer, A., Khan, M. H., Daulatuzzaman, M., & Reid, J. (2004). Effectiveness of an NGO primary health care programme in rural Bangladesh: Evidence from the management information system. *Health Policy and Planning*, 19(4), 187-198. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh024>
- Merchant, K. A., & Stede, W. A. V. der. (2007). *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Financial Times/Prentice Hall.
- MINSAL. (2017). *Vacunas en personas mayores: Influenza y Neumocócica*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/VC-Programa-Adulto-mayor-Vacunas-en-adultos-Influenza-y-Neumococcica.pdf>
- MINSAL. (2018a). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- MINSAL. (2018b). *Informe Final Evaluación de Programas Gubernamentales del Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud*. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-177367_informe_final.pdf
- MINSAL. (2018c). *Resumen ejecutivo Evaluación de Programas Gubernamentales del Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud*. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-177367_r_ejecutivo_institucional.pdf
- MINSAL. (2019a). *Casos confirmados de hantavirus se elevan en 2019*. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/casos-confirmados-de-hantavirus-se-elevan-en-2019/>
- MINSAL. (2019b). *Informe de brechas de personal de salud en los servicios de salud y estado de situación de los recursos humanos de salud en Chile*. Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2020a). *Avance de cobertura, vacuna neumocócica polisacárida. Año 2017-2020*. Tableau Software. https://public.tableau.com/views/Reportera_adultomayor_2017-2019/Vacuna_adultoMayor?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Alanguage=es&publish=yes&:embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse

- MINSAL. (2020b). *Detalle de la Agenda Digital 2020. Gobierno de Chile*.
<http://www.agendadigital.gob.cl/#/seguimiento/medida/Telemedicina-en-la-Red-Publica-de-Salud>
- MINSAL. (2020c). *Programa Nacional de Inmunizaciones*. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/programa-nacional-de-inmunizaciones/>
- Mohapatra, S., & Paramita, S. (2016). *Health Programs in a Developing Country-why do we Fail?* 3, 3-27. <https://doi.org/10.21767/2254-9137.100046>
- Mokhtari, M., Banaye Jeddi, M., Majidi, A., Jafari Khoenagh, A., & Holakoi Naeeni, K. (2013). Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *Journal of Research and Health*, 3(1), 295-302.
- Mooney, G. H. (1983). Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4), 179-185.
- Moore, P., Vargas, A., Núñez, S., & Macchiavello, S. (2011). Un estudio de reclamos hospitalarios: El rol de la relación médico-paciente. *Revista médica de Chile*, 139(7), 880-885. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000700008>
- Morales, A., Landerretche, O., & Martínez, A. (2015). *Mortalidad Infantil en Chile: Un Indicador de desigualdad del sistema de salud*.
- Morales, F., & Cabrera, M. (2018). El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. *Vertientes. revista especializada en ciencias de la salud*, 21(2), 42-49.
- Muñoz, F. (2017). *El panorama epidemiológico*. 21(2), 107-110.
- Murua, R., & Padula, P. (2004). Ecología y evolución de hantavirus en el Cono Sur de América. *Archivos de medicina veterinaria*, 36(1), 01-20. <https://doi.org/10.4067/S0301-732X2004000100001>
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2017). *The Good Indicators Guide: Understanding How to Use and Choose Indicators*. National Health Service. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-good-indicators-guide-understanding-how-to-use-and-choose-indicators/>
- Núñez, A. (2018). *Barreras de Acceso al Sistema de Salud Chileno*. Fondecyt.
- Observatorio Chileno de Salud Pública. (2014). *Panorama y Tendencias de la Salud en Chile. Revisión 2013*.

- OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OCDE. (2020a). *Mortalidad materna | Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 | OECD iLibrary*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bcb4ab39-es/index.html?itemId=/content/component/bcb4ab39-es>
- OCDE. (2020b). *OECD Statistics*. <https://stats.oecd.org/#>
- Odland, M., Whitaker, J., Nepogodiev, D., Aling', C., Bagahirwa, I., Dushime, T., Erlangga, D., Mpirimbanyi, C., Muneza, S., Nkeshimana, M., Nyundo, M., Umuhoza, C., Uwitonze, E., Steans, J., Rushton, A., Belli, A., Byiringiro, J., Bekele, A., & Davies, J. (2020). Identifying, Prioritizing and Visually Mapping Barriers to Injury Care in Rwanda: A Multi-disciplinary Stakeholder Exercise. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05571-6>
- Oh, J.-Y., Park, Y.-T., Jo, E. C., & Kim, S.-M. (2015). Current Status and Progress of Telemedicine in Korea and Other Countries. *Healthcare Informatics Research*, 21(4), 239-243. <https://doi.org/10.4258/hir.2015.21.4.239>
- Oldstone, M. B. A. (2010). *Viruses, Plagues, and History: Past, Present, and Future*. Oxford University Press.
- OMS, Políticas, E. O. on H. S. and, Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. K. (2013). *Norway: Health system review*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330299>
- Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine (1982)*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-m](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-m)
- OPS. (2010). *Ministerio de Salud en Chile da inicio a proyecto multilateral para mejorar salud materna e infantil | OPS/OMS*. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=159:ministerio-salud-chile-da-inicio-proyecto-multilateral-salud-materna-infantil&Itemid=1005
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. 45.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *¿Qué es un sistema de salud?* WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.

- Paraje, G., & Infante, A. (2014). *La Reforma AUGE 10 Años Después*.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rao, V. R. (2014). Analysis and Utilization of Conjoint Data (Ratings Based Methods). En *Applied Conjoint Analysis* (pp. 79-126). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-87753-0_3
- Riedl, D., & Schüßler, G. (2017). The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), 131-150. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
- Rochlin, I., Ninivaggi, D. V., & Benach, J. L. (2019). Malaria and Lyme disease - the largest vector-borne US epidemics in the last 100 years: Success and failure of public health. *BMC Public Health*, 19(1), 804. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7069-6>
- Rossi, P., Lipsey, M., & Freeman, H. (2004). *Evaluation, a systematic approach* (séptima). SAGE publications.
- Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine* (1967), 10(9), 469-475. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90114-1](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90114-1)
- Sánchez Martínez, F. I., Abellán Perpiñán, J. M., & Martínez Pérez, J. E. (2008). ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22, 126-136. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76084-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76084-9)
- Santos, L. M. P., Oliveira, A., Trindade, J. S., Barreto, I. C., Palmeira, P. A., Comes, Y., Santos, F. O., Santos, W., Oliveira, J. P. A., Pessoa, V. M., & Shimizu, H. E. (2017). Implementation research: Towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 103-112. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.178236>

- Schalock, R. (2004). *Calidad de Vida en la evaluación y planificación de programas*.
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/confer/con2.html>
- Secretaría de redes asistenciales. (2018). *Programa Nacional de Telesalud En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>
- Sepúlveda, H. (2014). *Incentivos para personal de salud en la Atención Primaria de Salud en Chile: Un desafío en desarrollo*.
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/estudio_caso_chile.pdf
- Shengelia, B., Murray, C., & Adams, O. (2003). *Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage*. 221-234.
- Superintendencia de Salud. (2018). *Estudio de opinión de la Superintendencia de salud revela que existen más beneficiarios satisfechos con el Sistema de Salud que los que no lo están—Estudio de opinión de la Superintendencia de salud revela que existen más beneficiarios satisfechos con el Sistema de Salud que los que no lo están*. Sala de Prensa. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
<http://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/w3-article-16729.html>
- Superintendencia de Salud. (2020a). *Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile*. Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-printer-17328.html>
- Superintendencia de Salud. (2020b). *Isapres*. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
<http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-article-2528.html>
- Superintendencia de Salud. (2020c). *¿Qué es el AUGE o GES? - ¿Qué es el AUGE o GES? Preguntas Frecuentes*. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile.
<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>
- Titelman Kardonsky, D. (1999). *Reform to health system financing in Chile*.
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/10704>
- Unicef. (2020). *Niños, niñas y adolescentes en Chile*.
- Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I., & Ormeño, H. (2016). La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58, 514-521.
<https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8240>

- Vasarmidi, E., Tsitoura, E., Spandidos, D. A., Tzanakis, N., & Antoniou, K. M. (2020). Pulmonary fibrosis in the aftermath of the Covid-19 era (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(3), 2557-2560. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8980>
- Venkatachalam, L. (2004). The contingent valuation method: A review. *Environmental Impact Assessment Review*, 24(1), 89-124. [https://doi.org/10.1016/S0195-9255\(03\)00138-0](https://doi.org/10.1016/S0195-9255(03)00138-0)
- Vetta, L., Thompson, S., Johnson-Jennings, M., Baumann, A., & Proctor, E. (2015). *Uso de marcos teóricos de enfoque cultural para la adaptación de programas de prevención de diabetes: Una revisión cualitativa.* 12. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2015/14_0421_es.htm
- Wallace, L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- Zafar Ullah, A. N., Newell, J. N., Ahmed, J. U., Hyder, M. K. A., & Islam, A. (2006). Government–NGO collaboration: The case of tuberculosis control in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 21(2), 143-155. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj014>
- Zernas Jiménez, Y. G. (2017). *Factores asociados al uso inadecuado del servicio de urgencias del Hospital Dr. Luis «Chicho» Fábrega. Marzo a Agosto de 2016* [Masters, Universidad de Panamá]. <http://up-rid.up.ac.pa/1654/>

ANEXOS

A. Barreras del Sistema de Salud Chileno según Encuesta Acceso a la Salud 2018 por región

Barreras II Región de Anto

- Desconocimiento d los distintos programas de salud, especialmente los pertenecientes al SENDA y al programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Distancia del hogar hasta lugar de atención
- Falta de disponibilidad de diferentes tipos de establecimientos de atención médica (consultorios rurales, postas, centros de referencia o de salud mental, etc.)
- Largos tiempos de espera para obtener una atención médica
- Necesidad de atención de salud -sin recibirla- de especialistas y salud preventiva
- Dificultad para acceder a los medicamentos prescritos por el médico
- Lenguaje poco claro Utilizado por el médico al dar indicaciones al paciente
- Alto costo y bajo nivel de cobertura del seguro de salud
- Inexistencia o bajo nivel de reembolso para homeopatías, medicamentos y exámenes

Barreras VIII Región del Bío-Bío

- Desconocimiento d los distintos programas de salud, especialmente los pertenecientes al SENDA y al programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Distancia del hogar hasta lugar de atención
- Falta de disponibilidad de diferentes tipos de establecimientos de atención médica (consultorios rurales, postas, centros de referencia o de salud mental, etc.)
- Largos tiempos de espera para obtener una atención médica
- Necesidad de atención de salud -sin recibirla- de especialistas y salud preventiva
- Dificultad para acceder a los medicamentos prescritos por el médico
- Lenguaje poco claro Utilizado por el médico al dar indicaciones al paciente
- Alto costo y nivel de cobertura del seguro de salud
- Alta inversión monetaria de los pacientes para pagar medicamentos
- Inexistencia o bajo nivel de reembolso para homeopatías, medicamentos y consultas médicas.

Barreras XII Región Metropolitana

- Desconocimiento de los distintos programas de salud, especialmente los pertenecientes al SENDA y al programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Distancia hacia los servicios de salud
- Largos tiempos de espera para obtener una atención médica
- Necesidad de atención de salud -sin recibirla- de especialistas y tratamientos médicos debido a enfermedades crónicas
- Dificultad para acceder a los medicamentos prescritos por el médico
- Alto costo y nivel de cobertura del seguro de salud
- Lenguaje poco claro Utilizado por el médico al dar indicaciones al paciente
- Inexistencia o bajo nivel de reembolso para medicamentos, exámenes y consultas médicas.

B. Primera parte Encuesta Acceso a la Salud 2018

Encuesta Acceso a la Salud 2018

I. Definición de Prioridades

De la siguiente lista decida qué programas de salud deben tener una mayor prioridad en Chile:

(Ver Tarjeta Programas)

- Programa A:** Invertir en nueva infraestructura de salud (hospitales, consultorios, etc.) para facilitar el acceso (hacerlo más cercano) y reducir el tiempo de viaje.
- Programa B:** Ampliar la cobertura de los seguros de salud (ISAPRE, FONASA, entre otros) para incluir otras consultas médicas, medicamentos, exámenes de laboratorio y medicina alternativa.
- Programa C:** Aumentar el número de médicos/especialistas disponibles en el país y mejorar la comunicación médico-paciente.
- Programa D:** Invertir en sistemas informáticos para hacer más fácil y rápida la reserva de horas médicas.
- Programa E:** Mejorar la distribución de programas de salud (por ejemplo, de salud bucal, de salud sexual y reproductiva, de salud mental, etc.) en todas las regiones del país y difundir mejor la existencia de estos programas.
- Programa F:** Mejorar la disponibilidad de medicamentos en todos los hospitales, consultorios y farmacias.

Por favor priorice cada uno de estos 6 programas. Usted puede asignar la misma prioridad a más de un programa, pero cada programa puede ser mencionado solo una vez. Prioridad 1 representa aquel programa(s) que para usted tiene la mayor importancia, luego la prioridad 2 representa el programa(s) con la segunda mayor importancia, y así sucesivamente. Pare, una vez que asigne todos los programas.

(Ver Tarjeta Prioridades)

Encuesta Acceso a la Salud 2018

Tarjeta Prioridades:

Por favor complete la siguiente tarjeta con la letra de los programas (A, B, C, D, E y F). Usted puede asignar diferentes prioridades a los programas (por ejemplo, Prioridad 1: A, Prioridad 2: C, Prioridad 3: B, etc.) o bien puede asignar la misma prioridad a programas que considere que tienen igual importancia (por ejemplo, Prioridad 1: A y C, Prioridad 2: B, etc.)

N I V E L D E I M P O R T A N C I	Prioridad			
	Más importante	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	asigne de 1-6 programa(s)
		2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	asigne de 0-5 programa(s), no repita los mencionados en Prioridad 1
		3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	asigne de 0-4 programa(s), no repita los mencionados en Prioridad 1 y 2
		4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	asigne de 0-3 programa(s), no repita los mencionados en Prioridad 1, 2 y 3
	Menos importante	6	<input type="checkbox"/>	asigne de 0-1 programa, no repita los mencionados en Prioridad 1, 2, 3, 4 y 5

C. Segunda parte Encuesta Acceso a la Salud 2018

Encuesta Acceso a la Salud 2018

Ahora queremos saber más acerca de las diferencias existentes entre sus prioridades. Suponga que tiene 18 puntos para asignar a estos 6 programas y decidir cómo mejorar el acceso de la población a los servicios de salud en Chile. Por favor, decida cómo distribuir estos 18 puntos, equivalentes a 18 stickers, recordando que su decisión tendrá un impacto en el acceso a los servicios de salud.

Las cantidades que asigne deben sumar 18 puntos. Por ejemplo, usted puede decidir asignar 3 puntos al Programa A (3 stickers); 15 puntos al Programa B (15 stickers) y nada al Programa C, D, E y F.

Para ver un impacto en los servicios de salud, usted necesita asignar al menos 3 puntos o 3 stickers en un programa. Sin embargo, mientras más puntos asigne a un programa, mayor será su mejora (es decir, usted puede asignar más de 3 puntos o 3 stickers a aquellos programas que considere más importantes). Recuerde que para ver mejoras en un programa el mínimo requerido son **3 stickers**, por lo tanto, si quiere ver mejoras asigne 3 o más stickers. Sin embargo, si decide asignar más de 3 stickers a un programa, puede significar que alguno de los otros programas no tenga mejoras.

(Ver Tarjeta Puntos)

Encuesta Acceso a la Salud 2018

Tarjeta Puntos:

Recuerde que tiene 18 puntos (18 stickers de 1 punto cada uno) para asignar. La cantidad de puntos que usted asigne representa la importancia que el programa tiene para usted. Mientras más puntos asigne mayor la importancia del programa.
De acuerdo a la importancia o prioridad que el programa tiene para usted, asigne:

No hay mejoras	Mínima mejora visible	Mayores mejoras
Menos de 3 stickers	3 stickers	Más de 3 stickers

	Programa	Puntos	
A	Infraestructura		<input type="checkbox"/>
B	Seguro de salud incluye cobertura de más servicios		<input type="checkbox"/>
C	Médicos y especialistas		<input type="checkbox"/>
D	Sistemas informáticos		<input type="checkbox"/>
E	Programas de salud		<input type="checkbox"/>
F	Medicamentos		<input type="checkbox"/>

Total:

D. Tercera parte Encuesta Acceso a la Salud 2018

Encuesta Acceso a la Salud 2018

II. Principios de Justicia Distributiva en Salud:

Existen cuatro principios de justicia en salud que muchos países siguen para establecer prioridades.

Estos son:

- 1) igual acceso a los servicios de salud,
- 2) igual acceso para aquellos con igual necesidad,
- 3) igual acceso para aquellos con igual oportunidad de beneficiarse, e
- 4) igualdad en salud.

Por ejemplo:

Hay 3 personas: A, B y C. Un corazón acaba de ser donado para estas tres personas y dos de ellas necesitan un trasplante de corazón.

Persona A: Mujer de 35 años con falla cardíaca y necesita de un trasplante de corazón para sobrevivir.
No tiene ningún otro problema de salud.

Persona B: Hombre de 75 años que tiene una falla cardíaca y necesita de un trasplante para sobrevivir.
Adicionalmente, tiene diabetes, presión alta, colesterol alto y Alzheimer.

Persona C: Mujer de 20 años, sana y que no necesita de un trasplante de corazón para sobrevivir.

En base a los 4 principios antes mencionados una sociedad podría establecer diferentes soluciones con respecto a quien debería recibir este corazón:








1. **Igual acceso a los servicios de salud:** Todos, indiferente de si están sanos o enfermos, deberían tener igual acceso a los servicios de salud.
Solución: Basados en este principio, personas A, B y C tienen igual oportunidad de recibir este corazón.
2. **Igual acceso para aquellos con igual necesidad:** Sólo aquellas personas que se encuentran igualmente enfermas deberían tener igual acceso a los servicios de salud, no todos.
Solución: Basados en este principio, personas A y B deberían tener igual oportunidad de recibir este corazón. C no debería recibir el corazón.
3. **Igual acceso para aquellos con igual oportunidad de beneficiarse:** La mayor prioridad de recibir los servicios de salud es para aquellas personas que pueden obtener los mayores beneficios de estos, vale decir, quienes tengan mayores posibilidades de estar sanos y vivir más.
Solución: Basados en este principio, la persona A debería recibir el trasplante (tiene mayores beneficios de salud) porque ella está más sana y puede vivir más tiempo, teniendo una mejor calidad de vida después del trasplante que la persona B. La persona C no necesita el trasplante (no tiene beneficios).
4. **Igualdad en salud:** Este es un principio complejo, depende de cómo se mida la salud. Por ejemplo, suponga que medimos salud en "años de vida". Este principio establecería que todos deberíamos vivir un número similar de años (ej. 100 años). Por lo tanto, personas más jóvenes

Encuesta Acceso a la Salud 2018

tienen mayor prioridad de recibir los servicios de salud y así tener la oportunidad de vivir también 100 años.

Solución: Basados en este principio, la asignación depende de la forma en que medimos salud. Si decidimos medir salud en término de años de vida, entonces la persona A debería obtener el corazón porque ella sólo ha vivido 35 años, mientras que la persona B ya ha vivido 75 años de su vida. La salud de la persona C no mejora si recibe un trasplante. (Sin embargo, si cambiamos la medida de salud la solución puede cambiar).
¿Cuál cree usted que debería ser el principio de justicia distributiva para el Sistema de salud chileno?

Tarjeta Distribución:

Opción	Descripción	A	B	C
1	Igual acceso a los Servicios de Salud			
2	Igual acceso para aquellos con igual necesidad			
3	Igual acceso para aquellos con igual oportunidad de beneficiarse			
4	Igualdad en salud			

(*) (Depende como mida salud)

E. Cuarta parte Encuesta Acceso a la Salud 2018

Encuesta Acceso a la Salud 2018

III. Opinión

¿Debería el Ministerio de Salud preguntar a la población chilena respecto de los mayores cambios que se deseen realizar en el sistema de salud? (Por ejemplo, a través de una encuesta similar a esta)

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Indiferente
- 4. No sabe

Fin de la Entrevista

Encuestador; agradezca la participación del entrevistado.

Anote cualquier observación que considere relevante.

Recuerde, el entrevistado debe firmar el Consentimiento Informado

F. Consultas con modalidad de telemedicina en centros de salud privada

Clínica Las Condes

Anestesiología
Atención Urgencia Covid-19
Broncopulmonar Adulto e Infantil
Cardiología Adulto e Infantil
Cirugía Adulto e Infantil
Cirugía Maxilofacial
Cirugía Plástica
Cirugía Vasculat
Coloproctología
Dermatología
Diabetología
Endocrinología Adulto e Infantil
Fonoaudiología
Gastroenterología Adulto
Geriatría
Ginecología y Obstetricia
Hematología Adulto
Infectología Adulto e Infantil
Inmunología Adulto e Infantil
Kinesiología
Medicina Física y Rehabilitación
Medicina Interna
Nefrología
Neurocirugía
Neurología Adulto e Infantil
Nutriología Adulto e Infantil
Oncología Adulto e Infantil
Otorrinolaringología
Pediatría
Psicología
Psiquiatría Adulto e Infantil
Radioterapia Oncológica
Reumatología Adulto e Infantil
Traumatología y Ortopedia Adulto e Infantil
Urología

Integramédica

Broncopulmonar Adulto
Broncopulmonar Infantil
Cardiología Infantil
Cirugía Bariátrica Y Obesidad
Cirugía Cardiovascular
Cirugía Coloproctológica

Cirugía Digestiva
Cirugía Pediátrica
Cirugía Vascul ar Periférica
Dermatología
Diabetología
Endocrinología
Endocrinología Infantil
Gastroenterología Infantil
Geriatría
Ginecología Infantil
Hematología
Hematología Oncológica
Infectología Infantil
Inmunología Adulto
Inmunología Adulto e Infantil
Kinesiología
Laboratorio Otorrinolaringología
Medicina Familiar
Medicina Familiar Infantil
Medicina General Infantil
Medicina Interna
Nefrología
Nefrología Infantil
Neurocirugía
Neurología Adulto
Neurología Pediátrica
Nutricionista
Obesidad Y Nutrición
Oftalmología Adulto
Oncología Ginecológica
Oncología
Otorrinolaringología
Psicología Infanto-Juvenil
Psiquiatría Adultos
Reumatología
Traumatología Adulto E Infantil
Urología
Urología Infantil

Clínica Santa María

Alergia e Inmunología
Anestesiología y reanimación
Cardiología adultos e infantil
Cirugía bariátrica
Cirugía cardíaca adulto
Cirugía de cabeza y cuello

Cirugía de hernias abdominales
Cirugía de tórax
Cirugía digestiva
Cirugía digestiva endoscópica
Cirugía digestiva oncológica
Cirugía infantil
Cirugía mamaria
Cirugía vascular periférica
Coloproctología
Dermatología adultos e infantil
Diabetología
Endocrinología adultos e infantil
Enfermedades respiratorias adultos e infantil
Gastroenterología adultos e infantil
Ginecología y obstetricia
Infectología
Matrona
Medicina Interna
Medicina Nuclear
Neurocirugía adulto
Neurología adulto e infantil
Neuropsicología
Neurorradiología intervencionista
Nutricionista
Nutriología
Nutriología infantil y adolescencia
Oftalmología
Oncología
Otorrinolaringología adulto e infantil
Pediatría
Psicología
Psiquiatría adulto e infantil
Reumatología
Traumatología adulto e infantil
Urología adulto e infantil

G. Programas de universidades en Chile para la carrera de medicina

Universidad de Chile

Perfil de egreso: El médico(a) cirujano(a) egresado de la Universidad de Chile es un profesional de reconocida excelencia, que se desempeña en forma competente en la red de salud, atendiendo integralmente las necesidades de salud de las personas y de la población en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital, incorporando a la familia y la comunidad en su quehacer.

Razona crítica y reflexivamente acerca de su rol social, así como de su quehacer y profesión, la que ejerce sobre la base del conocimiento actualizado, considerando el avance de las ciencias, la tecnología y los cambios de los determinantes de la salud.

Trabaja efectivamente en el equipo de salud, en escenarios diversos en cuanto a complejidad y contexto, en coherencia con los principios éticos y el marco legal vigente.

Manifiesta su sentido ético y cívico, así como su compromiso y solidaridad social, generando acciones orientadas a resolver las necesidades y expectativas de salud del país. Optimiza los procesos de gestión desde una perspectiva estratégico-operativa, con el fin de mejorar la situación de salud de la población.

Se espera que destaque por su liderazgo y tolerancia en todos los ámbitos de desempeño y que gestione constantemente su desarrollo personal y formación profesional realizando actividades de perfeccionamiento, de especialización y de contribución a la generación de conocimiento, proyectándose como un referente de excelencia, ya sea como médico general o especialista, académico, investigador o gestor en el ámbito de la salud.

Plan de estudio

Carrera de Medicina

Licenciatura en Medicina

NIVEL I		NIVEL II		NIVEL III		NIVEL IV		NIVEL V		NIVEL VI	NIVEL VII
Primer año		Segundo año		Tercer año		Cuarto año		Quinto año		Sexto año	Séptimo año
I Semestre	II Semestre	III Semestre	IV Semestre	V Semestre	VI Semestre	VII Semestre	VIII Semestre	IX Semestre	X Semestre	Práctica profesional (internados)	
MATEMÁTICAS 3 SCT	FÍSICA 5 SCT	FISIOLOGÍA I 8 SCT	FISIOLOGÍA II 8 SCT	FISIOPATOLOGÍA I 4 SCT	FISIOPATOLOGÍA II 4 SCT	MEDICINA GENERAL FAMILIAR I 4 SCT	MEDICINA GENERAL FAMILIAR II 9 SCT	PEDIATRÍA Y CIRUGÍA INFANTIL 10 SCT	GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA 10 SCT	MEDICINA INTERNA 26 SCT	CIRUGÍA 18 SCT
QUÍMICA 6 SCT	BIOLOGÍA CELULAR Y MOLECULAR 6 SCT	BIOQUÍMICA 4 SCT	INMUNOLOGÍA 3 SCT	FARMACOLOGÍA I 4 SCT	FARMACOLOGÍA II 4 SCT	CIRUGÍA 9 SCT	ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS I 8 SCT	ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS II 8 SCT	PSIQUIATRÍA 6 SCT	PEDIATRÍA 26 SCT	OBSTETRICIA-GINECOLOGÍA 18 SCT
ANATOMÍA I 6 SCT	ANATOMÍA II 4 SCT	GENÉTICA 5 SCT	MEDICINA EVOLUTIVA 3 SCT	AGENTES VIVOS DE LA ENFERMEDAD I 4 SCT	AGENTES VIVOS DE LA ENFERMEDAD II 4 SCT	GERIATRÍA 5 SCT	NEUROLOGÍA 4 SCT	MEDICINA DE URGENCIA 4 SCT	PSIQUIATRÍA INFANTIL 2 SCT	ESPECIALIDADES:	ATENCIÓN PRIMARIA URBANA 6 SCT
INTRODUCCIÓN A LA PROFESIÓN MÉDICA 6 SCT	HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA 6 SCT	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN I 2 SCT	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN II 2 SCT	MEDICINA INTERNA I 9 SCT	MEDICINA INTERNA II 14 SCT	ANATOMÍA PATOLÓGICA 4 SCT	MEDICINA LEGAL 2 SCT	GESTIÓN I 2 SCT	GESTIÓN II 2 SCT	UROLOGÍA 3 SCT	ATENCIÓN PRIMARIA RURAL 6 SCT
MEDICINA Y SOCIEDAD 4 SCT	MEDICINA PERSONAL Y SOCIEDAD 4 SCT	SEMIOLOGÍA I 6 SCT	SEMIOLOGÍA II 9 SCT	ÉTICA CLÍNICA I 2 SCT	EPIDEMIOLOGÍA ANALÍTICA 3 SCT	ÉTICA CLÍNICA II 3 SCT	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD 2 SCT	ELECTIVO PROFESIONAL II 3 SCT	ELECTIVO PROFESIONAL III 3 SCT	OFTALMOLOGÍA 3 SCT	NEUROLOGÍA 6 SCT
FORMACIÓN GENERAL I 2 SCT	INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA 2 SCT	BIOÉTICA 3 SCT	CASOS INTEGRADORES I 3 SCT	EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA 2 SCT	CASOS INTEGRADORES II 2 SCT	CASOS INTEGRADORES III 3 SCT	SEGURIDAD SOCIAL Y ATENCIÓN DE SALUD 2 SCT	CASOS INTEGRADORES IV 3 SCT	FORMACIÓN GENERAL IV 2 SCT	OTORRINOLARINGOLOGÍA 3 SCT	PSIQUIATRÍA 6 SCT
INGLÉS I 3 SCT	INGLÉS II 3 SCT	BIOESTADÍSTICA 2 SCT	FORMACIÓN GENERAL II 2 SCT	MÓDULO INTEGRADO INTERDISCIPLINARIO MULTIPROFESIONAL I 4 SCT		FORMACIÓN GENERAL III 2 SCT	ELECTIVO PROFESIONAL I 3 SCT		MÓDULO INTEGRADO INTERDISCIPLINARIO MULTIPROFESIONAL II 5 SCT	DERMATOLOGÍA 3 SCT	ELECTIVO I 6 SCT
										TRAUMATOLOGÍA 6 SCT	ELECTIVO II 6 SCT
										URGENCIAS 6 SCT	

Universidad Católica de Chile

Perfil de egreso: Competente para atender problemas comunes de salud de la población chilena en el ámbito de la Cirugía, Medicina Interna, Obstetricia-Ginecología, Pediatría y Psiquiatría.

Capacitado para identificar problemas de salud menos frecuentes o complejos, solicitar ayuda especializada y emplear criterios de derivación.

Capacitado para el manejo inicial de emergencias no derivables.

Poseedor de conocimiento, comprensión y habilidades para efectuar prevención y fomento de salud a nivel individual y comunitario.

Con conocimiento, comprensión y habilidades de administración y gestión en el nivel primario de atención, incluyendo el liderazgo de equipos de trabajo pluriprofesionales.

Con actitud empática y profundamente respetuosa de la vida humana y la especial dignidad de las personas.

Comprensión básica y respeto por los principios éticos y deontológicos inspirados por la antropología cristiana y capaz de discernir conductas apropiadas en la mayoría de las situaciones médicas.

Altamente motivado para la autoformación continua en el postítulo y con los conocimientos y habilidades necesarios para lograrla.

Malla Curricular

Vigente desde admisión 2015

1° Semestre	2° Semestre	3° Semestre	4° Semestre
Bases y Fundamentos de la Medicina	Bases y Fundamentos de la Medicina	Inmunología y Genética	Fisiología
Química	Morfología I	Morfología II	Neurofisiología
Física	Biología Molecular	Antropología y Ética	Morfología III
Psicología Médica	Bioestadística	Salud Pública	Fisiopatología General
Razonamiento Matemático	Integrado de Ciencias Médicas I	Integrado de Ciencias Médicas II	Integrado de Ciencias Médicas III
Examen de Comunicación Escrita	Electivo Otra Disciplina	Electivo Otra Disciplina	Formación Teológica
English Test Alte 2			
5° Semestre	6° Semestre	7° Semestre	8° Semestre
Clínica I	Clínica II	Clínica III	Medicina del Adulto
Fisiopatología	Integrado de Ciencias Médicas V	Integrado de Ciencias Médicas VI	Integrado Quirúrgico
Microbiología Médica	Electivo Otra Disciplina		Neurociencias
Farmacología Médica			Integrado de Ciencias Médicas VII
Integrado de Ciencias Médicas IV			
Electivo Otra Disciplina			
9° Semestre	10° Semestre	11° Semestre	12° Semestre
Pediatría y Cirugía Infantil	Internado I	Internado V	Internado IX
Obstetricia y Ginecología	Internado II	Internado VI	Internado X
Bases de la Práctica Profesional	Internado III	Internado VII	Internado Electivo
Integrado de Ciencias Médicas VIII	Internado IV	Internado VIII	Internado Optativo

Universidad de Concepción

Perfil de egreso: El estudiante de Medicina durante su formación adquiere conocimientos y desarrolla habilidades y destrezas técnicas que lo capacitan para mantener, mejorar, proteger y rehabilitar la salud de las personas, satisfaciendo las necesidades de los individuos y de la sociedad en acciones de salud que deben enmarcarse en una base ética científica con profundo sentido y alcance social.

Su preparación profesional está basada en ciencias básicas de la salud, humanistas y propias del quehacer médico, lo que le permite desenvolverse en los diferentes campos ocupacionales de la Medicina y a la vez lo capacita para continuar programas de especialización Médica de Postgrado.

Durante la carrera se utilizan modernas metodologías educacionales y se cuenta con amplios y variados campos clínicos.

SEMESTRE 1	SEMESTRE 2	SEMESTRE 3	SEMESTRE 4	SEMESTRE 5	SEMESTRE 6	SEMESTRE 7	SEMESTRE 8	SEMESTRE 9	SEMESTRE 10	SEMESTRE 11	SEMESTRE 12	SEM 13	SEM 14
Biología Celular	Bioquímica y Biología Molecular	Fisiología I	Fisiología II	Bases Celulares y Moleculares de las Enfermedades	Principios de Farmacología	Anatomía Patológica	Administración en Salud	Farmacología Clínica y Toxicológica	Taller de la Integración Biomédica II		Seminario de Investigación	Internado de Medicina	
Química General y Orgánica Básica	Histología Humana	Embriología Humana	Inmunología	Microbiología	Semiología II: Exploración Biopsicosocial del Paciente		Bioética II: Problemas Éticos del Final de la Vida	Electivo	Electivo				
Autocuidado y Desarrollo para el Rol Profesional	Aprendizaje y Enseñanza de la Medicina	Desarrollo Biopsicosocial y salud mental	Salud Familiar y Comunitaria	Semiología I: Comunicación para la Entrevista Clínica	Patología General		Urgencias del Adulto	1ER TRIMESTRE Integrado de Obstetricia y Ginecología	2DO TRIMESTRE Pediatria y Cirugía Infantil	3ER TRIMESTRE Psiquiatría	1ER TRIMESTRE APS y Medicina Familiar	2DO TRIMESTRE Neurología Infantil y Adulto	3ER TRIMESTRE Traumatología Ortopedia y Rehabilitación
Seguridad Social y Redes en Salud	Promoción de la salud	Herramientas Básicas para la Investigación	Investigación en Salud	Epidemiología	Taller de Integración Biomédica I		Integrado Médico-Quirúrgico				Geriatría y Gerontología		
Anatomía Integrada	Inglés comunicativo I Nivel Principiante	Bioética I: Relación Clínica	Inglés comunicativo II Nivel Elemental	Inglés comunicativo III Nivel Básico	Prevención Clínica a lo Largo del Ciclo Vital		Electivo						

Información referencial. Podría ser modificada.

Universidad de Los Andes

Perfil de egreso: El titulado de Medicina de la Universidad de los Andes es un profesional con dominio de los conocimientos propios de la disciplina y con las habilidades necesarias para realizar diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención de salud en diversos contextos y etapas del ciclo vital, con énfasis en las patologías más prevalentes y urgencias no derivables.

Está formado interdisciplinariamente, tiene conocimientos propios de su área profesional y de otras áreas del saber, además de la experiencia del trabajo en equipo y de haber obtenido un Minor en una disciplina diferente a la propia de la Medicina. Su formación está orientada a tener una actitud de permanente actualización de conocimientos, y a la revisión crítica de la nueva evidencia científica.

Además, cuenta con una formación integral y ética, propia del Ideario de nuestra Universidad, que le permite reflexionar sobre las dimensiones y consecuencias de su actuar, con actitud de respeto y orientado al servicio de los demás, siempre desde la valoración de la dignidad de la persona humana y el respeto por la vida.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11-12
Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre	Semestre
Atención al Enfermo I			Atención al Enfermo II	Semiología Médica	Clinicas Médicas Integradas I	Clinicas Médicas Integradas II	Clinicas Médicas Integradas III	Pediatría y Cirugía Infantil	Obstetricia y Ginecología *	Internado sexto año: Introducción al Ejercicio Profesional Internado Quirúrgico Internado de Obstetricia y Ginecología Internado de Pediatría y Cirugía Infantil Internado Ambulatorio 13-14 Semestre Internado séptimo año: Internado de Medicina Interna Internado Electivo y Especialidades TÍTULO PROFESIONAL
						Psiquiatría I	Clinicas Médicas Integradas IV	Neurología *	Infectología *	
						Clinicas Quirúrgicas Integradas *		Psiquiatría II	Psiquiatría III	
								Oftalmología *	Dermatología	
Bases Científicas I	Morfología I	Psicología Médica	Fisiología y Estructura de los Sistemas Corporales	Patología General	Bioestadísticas	Epidemiología		Otorrinolaringología *		
Bases Científicas II	Bioquímica General y Biología Molecular	Genética	Neurociencias	Fisiopatología				Salud Pública *		
Bases Científicas III		Morfología II	Fertilidad y Sexualidad	Farmacología Médica						
		Fisiología Celular		Inmunología						
				Agentes Infecciosos						
Antropología	Programa Optativo de Estudios Generales		Antropología Médica			Teología III	Programa Optativo de Estudios Generales		Programa Optativo de Estudios Generales	
Teología I			Teología II		Ética					
		Minor	Minor						Minor	

Universidad del Desarrollo

Perfil de egreso: Tiene habilidades clínicas

Tiene actitud innovadora inspirado en su actividad médica

Tiene habilidades comunicacionales médicas

Contribuye a la generación de conocimientos inspirado en su actividad médica

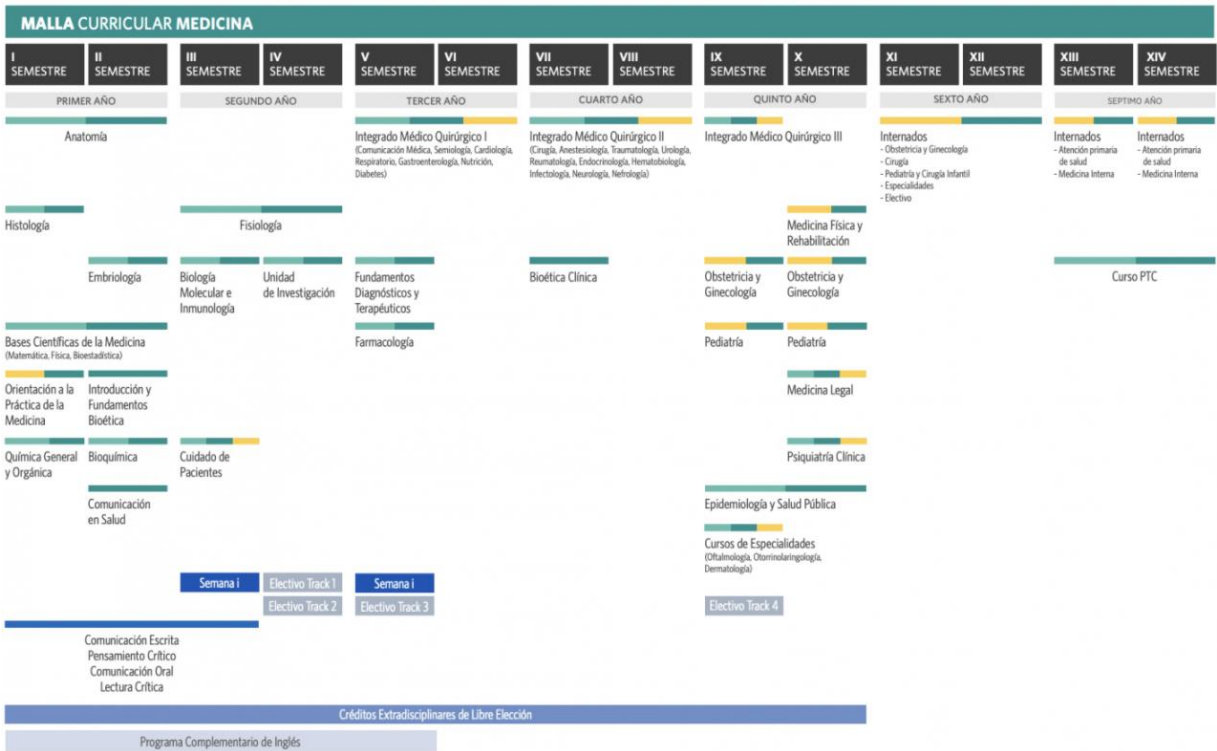
Utiliza fundamentos científicos en la práctica médica

Demuestra hábitos de autoevaluación y educación continua

Utiliza un pensamiento crítico en la práctica médica

Se compromete con la Salud de la población

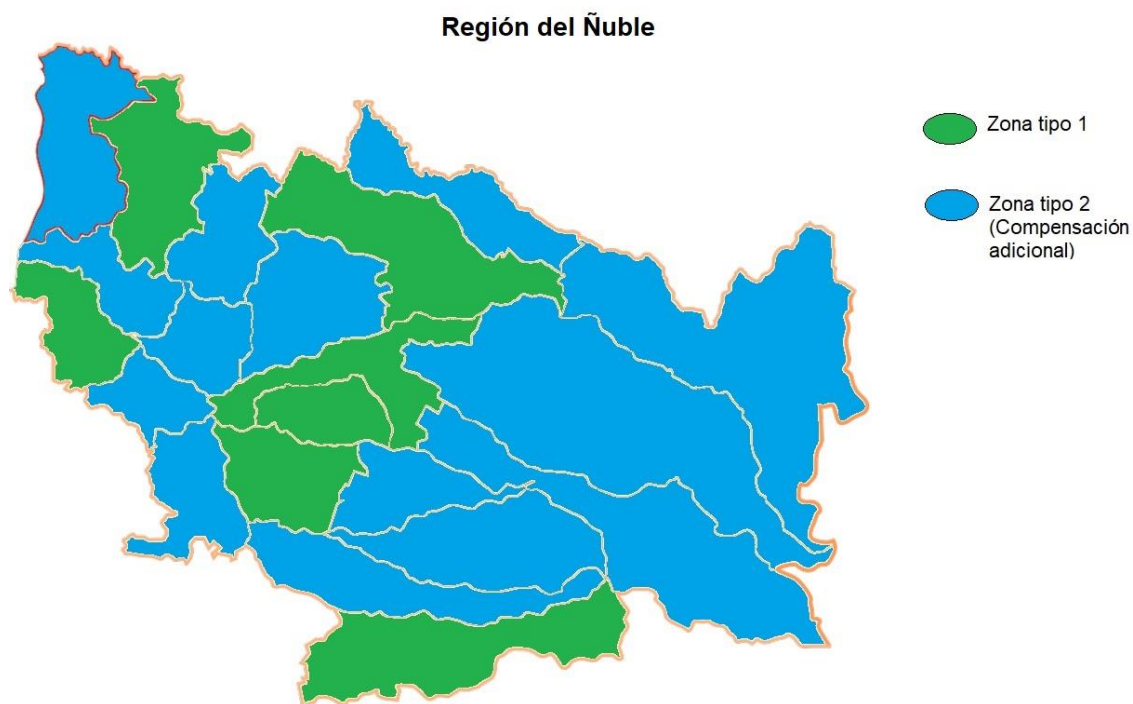
Actúa con profesionalismo en su práctica médica



H. Métodos para cumplir objetivos de cambio del programa

Objetivo de cambio	Método
<p>Aumentar vacantes de formación para especialidades que proyectan una mayor demanda en el futuro</p> <p>Aumentar disponibilidad de atención de especialistas en todo el país</p> <p>Habilitar atenciones en modalidad telemedicina en zonas con déficit agudo de médicos especialistas</p>	<p>Proyección de demanda y oferta de especialistas y ajuste de plazas para formación</p> <p>Incentivos a la retención de médicos en zonas de difícil acceso</p> <p>Reestructuración de programas de formación</p> <p>Incentivos para aumentar la disponibilidad de horas para población con escaso acceso a atención médica</p> <p>Telemedicina y centros de atención rural</p>
<p>Generar instancias de formación para médicos y especialistas en ejercicio</p> <p>Incluir cursos y/o enfoque en habilidades comunicacionales en los programas de formación de médicos</p>	<p>Capacitación de médicos en ejercicio</p> <p>Modificación de programas curriculares</p>

I. Ejemplo de sectorización de zonas geográficas para nuevo esquema de compensación



En este ejemplo, se divide la región en dos tipos de zonas. En verde se destacan las zonas tipo uno, que tienen mayor concentración de población urbana y existe mayor actividad comercial. En azul se destacan las zonas tipo 2, cuya población se ubica principalmente en sectores rurales y las actividades económicas son principalmente ligadas a la explotación de recursos naturales, ganadería y agricultura. Todos los médicos que desempeñen sus actividades en las zonas tipo dos obtendrán una bonificación adicional a su sueldo, así como aquellos estudiantes que realicen prácticas abiertas en dichas zonas obtendrán mayor puntaje respecto a quienes lo hagan en zonas tipo 1.

J. Fichas de indicadores de monitoreo

Nombre del indicador	Porcentaje de personas que tuvieron problemas de salud y accedieron a atención médica tradicional, obtenido según pregunta 3 de la encuesta de evaluación de atención médica (anexo K)
Propósito	Medir la ocupación de los servicios de salud
Métrica	$\frac{\text{Personas que tuvieron problemas de salud y accedieron a atención médica}}{\text{Total personas que tuvieron problemas de salud en el último año}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de usuarios
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	Núñez, 2018

Nombre del indicador	Porcentaje de personas que tuvieron problemas de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos, obtenido según pregunta 3 de la encuesta de evaluación de atención médica
Propósito	Verificar si existe un impacto en la utilización de los servicios de salud producto de los esfuerzos en aumentar el número de especialistas y horas disponibles
Métrica	$\frac{\text{Personas que tuvieron problemas de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos}}{\text{Total personas que tuvieron problemas de salud en el último año}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de usuarios
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	(Casen, 2019)

Nombre del indicador	Porcentaje de usuarios que califican como "Muy buena" o "Buena" la comunicación médico-paciente usualmente recibida en la red pública obtenido según pregunta 5 de la encuesta de evaluación de atención médica
Propósito	Medir la satisfacción de los usuarios respecto a la comunicación médico-paciente
Métrica	$\frac{\text{Usuarios que califican como "Muy buena" o "buena" la comunicación médico - paciente recibida}}{\text{Total usuarios encuestados}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de usuarios
Nivel de referencia	95% (Gómez, 2019)
Frecuencia	Anual
Fuente	(Gómez, 2019)

Nombre del indicador	Variación de médicos generales necesarios en la red pública respecto a los médicos generales disponibles
Propósito	Verificar confiabilidad de las estimaciones realizadas
Métrica	$\frac{\# \text{ jornadas completas de médicos generales necesarios} - \# \text{ jornadas completas de médicos generales disponibles}}{\# \text{ jornadas completas de médicos generales disponibles}}$
Unidad de medida	Cantidad de médicos generales
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	(MINSAL, 2019b)

Nombre del indicador	Variación de especialistas necesarios en la red pública respecto a los especialistas disponibles
Propósito	Verificar efectividad del ajuste de oferta de becas para especialidad según las estimaciones realizadas
Métrica	$\frac{\# \text{ jornadas completas de especialistas necesarios} - \# \text{ jornadas completas de especialistas disponibles}}{\# \text{ jornadas completas de especialistas disponibles}}$
Unidad de medida	Cantidad de especialistas
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	(MINSAL, 2019b)

Nombre del indicador	Cantidad de médicos generales por cada 1.000 habitantes
Propósito	Medir la densidad de médicos generales en el país
Métrica	$\frac{\text{Cantidad de médicos generales en la red pública}}{\text{Total población}} \cdot 1.000$
Unidad de medida	Cantidad de médicos generales por cada 1.000 habitantes
Nivel de referencia	3,5 (OCDE, 2019)
Frecuencia	Anual
Fuente	(OCDE, 2019)

Nombre del indicador	Cantidad de especialistas en la red pública por cada 1.000 habitantes
Propósito	Medir la densidad de especialistas en la red pública del sistema de salud
Métrica	$\frac{\text{Cantidad de especialistas en la red pública}}{\text{Total población}} \cdot 1.000$
Unidad de medida	Cantidad de especialistas por cada 1.000 habitantes
Nivel de referencia	2,3 (OCDE, 2019)
Frecuencia	Anual
Fuente	(OCDE, 2019)

Nombre del indicador	Grado de avance de desarrollo de modelo de predicción de demanda y oferta
Propósito	Monitorear el avance del modelo con el fin de verificar el cumplimiento de los plazos estimados
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance de revisión de ajustes del modelo de predicción de demanda y oferta
Propósito	Monitorear el avance de la reformulación del modelo de predicción de demanda y oferta de especialistas
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Quinquenal
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Cantidad de ajustes realizados al modelo
Propósito	Verificar que se realizaron ajustes en la revisión del modelo de predicción de oferta y demanda de especialistas
Métrica	<i># Modificaciones realizadas al modelo</i>
Unidad de medida	Cantidad de modificaciones
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Cantidad de ajustes realizados al modelo
Propósito	Verificar que se realizaron ajustes en la revisión del modelo de predicción de oferta y demanda de especialistas
Métrica	<i># Modificaciones realizadas al modelo</i>
Unidad de medida	Cantidad de modificaciones
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Quinquenal
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Avance del reajuste de becas según nuevas estimaciones
Propósito	Monitorear la realización de cambios en la oferta de becas de especialización de acuerdo a las nuevas predicciones
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Quinquenal
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Aumento de consultas disponibles en la red pública
Propósito	Medir el aumento de disponibilidad de consultas en la red pública
Métrica	$\frac{\text{Consultas disponibles}_t - \text{Consultas disponibles}_{t-1}}{\text{Consultas disponibles}_{t-1}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de aumento
Nivel de referencia	-1,5% (OCDE, 2020)
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Variación de cantidad de médicos generales disponibles en zonas de difícil acceso
Propósito	Cuantificar la variación de médicos generales trabajando en zonas de difícil acceso
Métrica	$\frac{\text{Médicos generales disponibles}_t^* - \text{Médicos generales disponibles}_{t-1}^*}{\text{Médicos generales disponibles}_{t-1}^*} \cdot 100$ * En zonas de difícil acceso
Unidad de medida	Porcentaje de variación
Nivel de referencia	6,9% (OCDE, 2020)
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Variación de cantidad de médicos especialistas disponibles en zonas de difícil acceso
Propósito	Cuantificar la variación de médicos especialistas trabajando en zonas de difícil acceso
Métrica	$\frac{\text{Médicos especialistas disponibles}_t^* - \text{Médicos especialistas disponibles}_{t-1}^*}{\text{Médicos especialistas disponibles}_{t-1}^*} \cdot 100$ * En zonas de difícil acceso
Unidad de medida	Porcentaje de variación
Nivel de referencia	3,8% (OCDE, 2020)
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Índice promedio de espera para atención de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología
Propósito	Medir el impacto de la inclusión de cursos de formación para médicos generales en el tiempo de espera para la atención de las especialidades incluidas en la formulación de cursos cortos
Métrica	$\frac{\text{Días totales transcurridos desde la derivación a especialidad } i \text{ hasta concretar la consulta}}{\text{Total pacientes atendidos por especialidad } i}$ <i>i: geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología</i>
Unidad de medida	Días
Nivel de referencia	
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance de creación de proceso especial para becas con PAO en zonas de difícil acceso
Propósito	Medir el avance de la creación de un proceso especial para becas de especialización con PAO en zonas de difícil acceso
Métrica	$\frac{\# \text{Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Semestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Médicos realizando su PAO en zonas de difícil acceso
Propósito	Cuantificar la cantidad de médicos realizando su PAO en zonas de difícil acceso
Métrica	<i># Médicos realizando su PAO en zonas de difícil acceso</i>
Unidad de medida	Cantidad de médicos
Nivel de referencia	2.108 (MINSAL, 2019b)
Frecuencia	Semestral
Fuente	(MINSAL, 2019b)

Nombre del indicador	Porcentaje de centros de salud con obras de mejora de infraestructura y equipamiento finalizadas
Propósito	Medir el avance de las obras de remodelación con el fin de verificar el cumplimiento de los plazos estimados en la elaboración del programa
Métrica	$\frac{\# \text{Centro de salud con obras de mejora finalizadas}}{\text{Total Centros de salud a mejorar}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de centros de salud
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de médicos en zonas de difícil acceso con apoyo de movilización
Propósito	Medir la cantidad de médicos en zonas de difícil acceso que reciben apoyo para movilizarse a entre su lugar de trabajo y residencia
Métrica	$\frac{\text{Médicos en zonas de difícil acceso con apoyo de mvilización}}{\text{Total médicos en zonas de difícil acceso}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de vehículos
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de alojamientos disponibles para ubicar un médico respecto al total a disponer
Propósito	Medir el avance en la adquisición de alojamientos
Métrica	$\frac{\# \text{ alojamientos disponibles para ubicar un médico}}{2000} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de alojamientos
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Variación de personal de apoyo necesario respecto al personal disponible
Propósito	Verificar la eficacia de los esfuerzos para subsanar las falencias de personal de apoyo necesario en la red pública de salud
Métrica	$\text{Cantidad de jornadas completas de personal de apoyo necesarios} - \text{Cantidad de jornadas completas de personal de apoyo disponibles}$
Unidad de medida	Cantidad de jornadas completas de personal de apoyo
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de centros de salud con personal de apoyo suficiente
Propósito	Verificar la correcta distribución de personal de apoyo en los centros de salud de la red pública
Métrica	$\frac{\# \text{Centros de salud con personal de apoyo suficiente}}{\text{Total centros de salud}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de Centros de salud
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance del rediseño de esquemas de compensación
Propósito	Monitorear el avance en la reestructuración de esquemas de compensación para médicos
Métrica	$\frac{\# \text{Hitos de la actividad cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de médicos y especialistas compensados bajo el nuevo esquema
Propósito	Verificar la aplicación del nuevo esquema de compensación
Métrica	$\frac{\text{Médicos generales y especialistas bajo el nuevo esquema de compensación}}{\text{Total médicos y especialistas de la red pública}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de médicos
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance del proceso de identificación de atenciones con mayor tiempo de espera de las especialidades de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología
Propósito	Monitorear el avance de la identificación de atenciones con mayor tiempo de espera en las especialidades de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos del proyecto cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance de la formulación de cursos de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología
Propósito	Monitorear el avance de la formulación de los cursos de geriatría, oncología, cardiología, virología e inmunología
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance del rediseño de esquemas de asignación de puntajes para becas de especialización
Propósito	Monitorear el avance del rediseño de asignación de puntajes para becas de especialización
Métrica	$\frac{\# \text{ Hitos de la actividad cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Variación de atenciones realizadas por telemedicina
Propósito	Medir la variación de consultas realizadas en modalidad de telemedicina en la red pública
Métrica	$\frac{\text{Atenciones vía telemedicina}_t - \text{Atenciones vía telemedicina}_{t-1}}{\text{Atenciones vía telemedicina}_{t-1}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de variación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de centros de Salud con obras de remodelación finalizadas
Propósito	Medir el avance de las obras de remodelación con el fin de verificar el cumplimiento de los plazos estimados
Métrica	$\frac{\# \text{ Centro de salud con obras de mejora finalizadas}}{\text{Total Centros de salud a mejorar}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de centros de salud
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Servicios de salud que prestaron atención en modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV en el último año
Propósito	Verificar el avance en la cantidad de servicios de salud donde la modalidad de telemedicina está activa
Métrica	<i># Servicios de Salud que prestaron atención en modalidad de telemedicina en consultas de nefrología y ACV</i>
Unidad de medida	Cantidad de servicios de salud
Nivel de referencia	20 (MINSAL, 2020b)
Frecuencia	anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Cantidad de especialidades disponibles en modalidad de telemedicina
Propósito	Medir el avance en la ampliación de especialidades incluidas en la modalidad de telemedicina en la red pública
Métrica	<i># especialidades disponibles en modalidad de telemedicina</i>
Unidad de medida	Cantidad de especialidades
Nivel de referencia	2 (MINSAL, 2020b)
Frecuencia	anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de universidades que incluyen el curso e-learning en la formación de sus estudiantes de medicina
Propósito	Verificar la cantidad de universidades que incluyen formalmente el curso de comunicación médico-paciente en sus curriculums, de esta forma se puede aproximar la cantidad de estudiantes de medicina que una vez egresados, ya aprobaron el curso y por lo tanto pueden ingresar a la red pública de salud inmediatamente
Métrica	$\frac{\text{Universidades que incluyeron el curso de diseño en la formación de sus estudiantes}}{\text{Total Universidades}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de universidades
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de centros de salud con más de 70% de médicos con el curso aprobado
Propósito	Verificar la masificación del curso de comunicación médico-paciente en los centros de salud, incluyendo el sector privado
Métrica	$\frac{\text{Centros de salud con más del 70\% de sus médicos con el curso aprobado}}{\text{Total Centros de Salud}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de centros de salud
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance de la formulación del curso e-learning sobre comunicación médico-paciente
Propósito	Monitorear el avance de la formulación del curso
Métrica	$\frac{\# \text{Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Instancias de difusión realizadas
Propósito	Verificar los esfuerzos realizados para dar a conocer el curso en la comunidad de médicos
Métrica	$\# \text{instancias de difusión realizadas}$
Unidad de medida	Cantidad de instancias de difusión
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Semestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de médicos que ingresaron a la red pública de salud capacitados
Propósito	Cuantificar la cantidad de nuevos médicos en la red pública de salud que tienen conocimientos sobre comunicación médico paciente
Métrica	$\frac{\# \text{Médicos que ingresaron a la red pública capacitados}}{\text{Total médicos que ingresaron a la red pública}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de médicos
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Grado de avance de la formulación del plan de capacitación orientada a mejorar la comunicación médico-paciente
Propósito	Monitorear el avance de la formulación del plan de capacitación
Métrica	$\frac{\# \text{Hitos de la formulación cumplidos}}{\text{Total hitos}} \cdot 100$
Unidad de medida	Grado de avance
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Trimestral
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de médicos que actualmente ejercen en la red pública capacitados en comunicación médico-paciente
Propósito	Verificar la cantidad de médicos en la red pública que fue capacitado y tiene conocimientos sobre una buena comunicación médico paciente
Métrica	$\frac{\# \text{médicos capacitados en la red pública}}{\text{Total médicos en la red pública}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de médicos
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

Nombre del indicador	Porcentaje de capacitaciones realizadas respecto al plan
Propósito	Verificar el avance del plan de capacitaciones sobre comunicación médico-paciente
Métrica	$\frac{\# \text{ capacitaciones realizadas}}{\text{Total capacitaciones a realizar}} \cdot 100$
Unidad de medida	Porcentaje de capacitaciones
Nivel de referencia	No corresponde
Frecuencia	Anual
Fuente	Elaboración propia

K. Encuesta para set de indicadores de monitoreo

Esta encuesta busca reunir datos sobre la experiencia de las personas respecto del sector público del sistema de salud. Esta encuesta se aplica una vez al año vía telefónica a una muestra de los usuarios del servicio público de salud, utilizando los datos de contacto de los pacientes que se tengan en los centros de salud ubicados a lo largo de todo Chile. La muestra debe ser representativa de la situación país en cuanto a lugar de residencia, género y edad, para lograrlo se utiliza la metodología de diseño muestral de la encuesta Casen, que se ha mantenido sustancialmente similar en sus últimas tres versiones. Este método genera una muestra de 95.000 personas aproximadamente. Las preguntas contenidas en la encuesta son las siguientes:

Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera desde el agendamiento hasta la realización de una cita médica, obtenido según encuestas representativas

1. ¿Cuánto tuvo que esperar para obtener su cita médica?

Menos de un día	
Entre 1 día a 7 días	
Entre 1 semana a 2 dos semanas	
Entre 2 semanas a 1 mes	
Entre 1 mes a 3 meses	
Más de 3 meses	

2. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera para obtener una cita médica?

Sí	
No	

3. En los últimos 6 meses, ¿necesitó atención médica?

Sí, utilicé medicina tradicional	
Sí, utilicé medicina alternativa, naturista	
Sí, me auto mediqué con tratamiento farmacológico/ decidí no buscar atención médica	
Sí, solicité hora médica pero aún no me atienden/ No pude acceder a atención medica	
No	

4. Si no pudo acceder a atención médica, ¿Cuál fue el motivo?

Distancia excesiva desde mi domicilio hasta un centro de salud	
Espera excesiva para obtener una hora	
Costo excesivo	
No había horas disponibles	
Otro	

5. ¿Cómo evaluaría el lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente?

Muy Buena: Mucho mejor de lo que esperaba, cálido cercano y usando términos no médicos.	
Buena: Mejor de lo que esperaba, usando términos no médicos	
Regular: Bien, entendí las órdenes	
Mala: Peor de lo que esperaba, no se supo explicar, pero lo intentó	
Muy mala: Mucho peor de lo que esperaba, distante y lleno de tecnicismos	