

**RESUMEN EJECUTIVO  
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
(EPG)**

**PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS  
Y SUBESPECIALISTAS**

**MINISTERIO DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

**PANELISTAS:  
María Luisa Daigre (Coordinadora)  
Alberto Muñoz  
Enrique Saint-Pierre**

**ABRIL – AGOSTO 2014**

**NOMBRE PROGRAMA:** Programa de Formación de Especialistas y Sub especialistas  
**AÑO DE INICIO:** 2008<sup>1</sup>  
**MINISTERIO RESPONSABLE:** Ministerio de Salud  
**SERVICIO RESPONSABLE:** Subsecretaría de Redes Asistenciales

## RESUMEN EJECUTIVO

**PERÍODO DE EVALUACIÓN:** 2010 - 2013

**PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2013:** \$46.130.757 millones<sup>2</sup>

### 1. Descripción general del programa

El programa de Formación de Especialistas y Sub especialistas del Ministerio de Salud se enmarca en el Objetivo Estratégico N° 4 de dicho ministerio y que se refiere a *“Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.”*<sup>3</sup>

El **FIN** del programa se define como *“Contribuir al aumento de la oferta de prestaciones, calidad de la atención y capacidad resolutive en la red pública de salud, con el objeto de aportar a la disminución de la morbimortalidad”*. El **PROPÓSITO**, por su parte, se define como *“Aumentar la disponibilidad y retención de médicos y odontólogos especialistas en la red pública de salud, a objeto de contribuir a la disminución de las brechas de estos profesionales en dicha red”*.

El Programa tiene su origen en la necesidad que se presenta en la red pública de salud, de satisfacer la demanda por atenciones de salud médicas y odontológicas especializadas, formuladas por los beneficiarios de FONASA que acceden a los establecimientos de dicha red. El diagnóstico inicial plantea que las atenciones que se entregan son insuficientes para dar respuesta a esta demanda, generando por tal motivo, listas de espera de prestaciones de especialidades médicas y odontológicas. Una de las razones de esto sería la carencia de médicos y odontólogos especialistas en el sistema público de salud. En ese contexto, el Ministerio de Salud ha aplicado la estrategia de financiar la formación de los especialistas médicos y odontólogos, a cambio de que éstos se desempeñen, por un período obligatorio del doble de la duración de la especialización, en establecimientos de la red pública de salud.

La formación universitaria en Chile capacita a los egresados de pregrado para ejercer como Médicos y Odontólogos Generales. Para desempeñarse como especialistas, deben realizar una

<sup>1</sup> A partir de 2008 se da inicio formalmente al programa de Formación de Especialistas en el Mensaje Presidencial, a través del establecimiento de metas, práctica que se continuó en años posteriores.

<sup>2</sup> No se presenta el monto del presupuesto 2014 porque se dispuso de información parcial (\$ 42.575.446 millones) correspondiente a los recursos asignados en el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para el programa. Sin embargo, falta adicionar los gastos en que incurre esta Subsecretaría para la gestión del programa, dato no disponible. Además, llama la atención que este monto es inferior en aproximadamente un 10% al presupuesto de 2013 por este mismo concepto. Por tanto, en este informe el análisis se realiza en base al presupuesto 2013.

<sup>3</sup> Entenderemos por especialistas la definición establecida en el Reglamento N° 57 de 2008, según la cual “es una rama de las ciencias de la salud cuyo objeto es una parte limitada de las mismas, sobre la cual poseen conocimientos y habilidades muy precisos quienes la cultivan o ejercen”.

formación de post título, generalmente de 3 años de duración, que es impartida por las universidades mediante el pago de un arancel y que puede financiarse por tres vías: i) profesionales “autofinanciados”, ii) profesionales becados por las propias universidades, y iii) profesionales que forman parte del Programa de Formación de Especialistas del Ministerio de Salud (MINSAL), objeto de la presente evaluación. Según lo informado por el MINSAL, es la modalidad más masiva en relación al número de profesionales que se especializan, lo que a juicio del panel obedece a las ventajas que les ofrece el programa como es el pago con recursos públicos por la formación, el pago de al menos un estipendio como becario y en otros casos, la mantención del sueldo como funcionario, además de la incorporación como especialista en la red pública de salud. En la modalidad “autofinanciados” los profesionales deben asumir el costo de la formación y además, no acceden a la carrera funcionaria que ofrece el programa, lo que se considera una desventaja en relación a los beneficiarios de éste. Por su parte, la modalidad de becas ofrecidas por las universidades está restringida a un reducido grupo de profesionales, seleccionados por los propios institutos formadores, circunstancia que no la convierte en una opción preferente para la mayor parte de los profesionales sin especialización.

El programa tiene cobertura nacional y se inicia formalmente en el año 2008 con ocasión del establecimiento de metas en el Mensaje Presidencial, práctica que se continuó en años posteriores. No obstante, la formación de especialistas ha sido gestionada por el Ministerio de Salud desde 1955 hasta la fecha en diferentes modalidades, las cuales actualmente forman parte de los componentes del programa. La gestión de este programa reside en el Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos (DFDRH) de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Para el logro de sus objetivos, hasta el año 2013 el programa se ha organizado en torno a siete líneas de acción que, para los efectos de esta evaluación, se han asimilado a componentes debido a que son gestionadas en forma separada por el programa y algunas de ellas están orientadas a diferentes poblaciones objetivos. El proceso productivo de cada uno se presenta en el Anexo 3 del informe de esta evaluación.

Con recursos del presupuesto del programa se financia el pago de los aranceles a universidades para los beneficiarios de todos los componentes, estipendios a los profesionales en calidad de becarios, el pago del Período Asistencial Obligatorio (PAO) a algunos beneficiarios (APS 3 años) y el pago de tutores (APS 6 años). Por su parte, las remuneraciones de los profesionales en comisión de estudios son financiadas con cargo a los presupuestos de los Servicios de Salud así como también el PAO.<sup>4</sup> A continuación se describen los componentes y se señala la calidad de becarios o contratados en comisión de estudios de los beneficiarios.

- Descripción de componentes

*Componente 1. Profesionales especializados y contratados de la Etapa de Destinación y Formación (EDF)<sup>5</sup>.*

---

<sup>4</sup> A falta de información específica por parte del programa que permita respaldar lo aseverado, el panel lo ha inferido a partir del análisis de la información contenida en los ORD. N°1165 de 17 de Abril de 2013, ORD N° 19 36 de 10 de Julio de 2013, ORD.N° 1937 de 3 de Julio de 2013 y ORD N° 2763 de 26 de Septiembre de 2013, todos referidos a transferencia de recursos.

<sup>5</sup> Res. Exenta N° 549 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 28 de mayo de 2013.

El antecesor de este componente es el programa de formación de Médicos Generales de Zona (Ciclo de Destinación) que se inicia en la década del 60 del siglo pasado. Está regido por la Ley 19.664, art. 8 donde se establece que se ejecutará mediante un concurso nacional, gestionado en forma centralizada por el MINSAL. Los profesionales seleccionados deberán cumplir dos etapas: la primera es la Fase de Destinación y consiste en el desempeño como médicos / odontólogos generales funcionarios en localidades apartadas, por un período de al menos 3 años, con un máximo de 6, para lo cual es contratado por un Servicio de Salud. Cumple el propósito de proveer atención de salud en lugares que usualmente no son atractivos para los profesionales (ex Médicos Generales de Zona). En la segunda fase, llamada de Formación, el profesional, una vez terminado el período de Destinación (y hasta 3 años después), puede postular al concurso de becas de formación de especialista. Durante el período de formación, la persona se mantiene como funcionario y se encuentra en comisión de estudios. Una vez terminada esta etapa, el profesional especializado no tiene obligación de permanecer en la red pública de salud y, en caso de retornar, dispondrá de su cargo y se le reconocerá la antigüedad durante su período de formación. No obstante lo señalado, también puede acceder al Componente 4, Formación de Médicos de la Atención Primaria de Salud (APS 3 años), mientras se encuentra desempeñando la etapa de destinación, con la posibilidad de reducir el Período Asistencial Obligatorio (PAO) en el 50% del tiempo de permanencia en dicha etapa del respectivo Servicio de Salud. El presupuesto del programa financia la formación del especialista mediante el pago del arancel a la universidad, en tanto que su remuneración durante el período de Destinación y Formación es financiada por el Servicio de Salud respectivo.

*Componente 2. Profesionales especializados y contratados por Concurso Nacional de Especialistas (CONE)<sup>6</sup>.*

Está regido por la Ley 19.664 y, al igual que el componente anterior, también se gestiona en forma centralizada por el MINSAL a través de un concurso público. Los profesionales optan a una formación de especialistas en calidad de becarios y reciben un estipendio por el período de formación, el que es financiado con el presupuesto del programa. Con posterioridad al período de formación (3 años en promedio), los profesionales deberán cumplir un Período Asistencial Obligatorio (PAO) por el doble del tiempo de duración de la formación<sup>7</sup>.

*Componente 3. Profesionales especializados y contratados por Concurso Beca Primaria<sup>8</sup>.*

Está regido por la Ley 19.664 y, al igual que los dos componentes anteriores, también se gestiona en forma centralizada por el MINSAL a través de un concurso público. Inicia su operación a fines de la década del 70 hasta 2007, año en que se descontinúa y se retoma en 2013. Los profesionales ingresan a su etapa de formación en condición de becario y su estipendio lo financia el programa, para posteriormente, una vez terminada ésta, cumplir un PAO del doble del tiempo de formación.

*Componente 4. Profesionales especializados y contratados por Formación de Médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) (3 años).*

Está regido por la Ley 19.664 y la Ley 19.378. Su objetivo es estimular el desempeño de profesionales médicos en la APS en los siguientes programas de especialidad definidos como

---

<sup>6</sup> Res. Exenta N° 846 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2 de septiembre de 2013.

<sup>7</sup> De acuerdo a lo informado por el programa, a partir de este año 2014, el denominado CONE fusionará los componentes Formación de Médicos de la Atención Primaria de Salud (APS 3 años) y Especialistas Gravemente Falentes, los cuales se habían mantenido hasta el año 2013 como componentes separados. Esta fusión de estrategias formativas y cupos obedece a la necesidad de favorecer la integración de procesos formativos con requisitos de postulación y procesos de formación comunes, permitiendo además mejorar la gestión de procesos y la optimización de recursos a nivel central y de los Servicios de Salud.

<sup>8</sup> Res. Exenta N° 1250 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 20 de diciembre de 2013.

prioritarios para este nivel de atención: Medicina Familiar, Medicina Familiar Adulto y del Niño, Medicina de Urgencia, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Salud Pública, especialidades que son definidas en las bases de licitación<sup>9</sup>. Los profesionales en formación se encuentran en comisión de estudios. Posteriormente cumplen el PAO en un establecimiento municipal o del Servicio de Salud, etapa que es financiada por el programa, y su duración puede disminuir hasta en un 50% en el caso de profesionales funcionarios del componente EDF, dependiendo del número de años cumplidos en la sub etapa de destinación.

*Componente 5. Profesionales especializados y contratados por Formación de Médicos de la APS (6 años)*<sup>10</sup>.

La especialización se realiza en alguno de los siguientes programas definidos<sup>11</sup> como prioritarios para la APS: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Neurología. Tiene la característica de una formación por 6 años, intercalando la experiencia laboral con la académica, y un PAO de 3 años. Los profesionales en formación se encuentran en comisión de estudios. A diferencia del resto de los componentes, este proceso de formación considera la existencia de un tutor que recibe una remuneración financiada por el programa y que es un especialista en Salud Pública encargado de asistir a los becarios en su desempeño como especialistas, mientras dura su formación.

*Componente 6. Profesionales especializados y contratados por Formación Directa de los Servicios de Salud (FORDIR).*

Ese componente es gestionado directamente por los Servicios de Salud en uso de facultades delegadas y utiliza, discrecionalmente hasta el año 2013, la modalidad de Concurso Público o la asignación directa de cupos de formación sólo para los profesionales del SS involucrado o directamente por selección local. Este componente está destinado tanto a la formación de especialistas (médicos y odontólogos) como de sub especialistas, esta última sólo para los profesionales médicos. En el caso de los primeros, durante la etapa de formación, es facultad del Director del Servicio de Salud determinar la calidad de becarios o en comisión de estudios, por lo que los beneficiarios pueden tener indistintamente una u otra. En tanto los sub especialistas siempre se encuentran en comisión de estudios ya que son funcionarios del Servicio de Salud. El PAO lo realizan en establecimientos del propio SS por el doble del período de formación. El programa ha definido que a partir de los concursos 2014 para desempeñarse en 2015, este componente estará destinado a formar solamente sub especialistas.

*Componente 7. Profesionales especializados y contratados por Programas Especiales de Formación de Especialistas Gravemente Falentes.*

Se ha definido como tales a las especialidades de Anestesiología y Medicina de Urgencia. Este componente está diseñado para los Servicios de Salud de las regiones Metropolitana, Valparaíso, Bío Bío y Araucanía con sus establecimientos de mayor complejidad. A diferencia de los demás componentes, los concursos de selección son realizados por las mismas universidades y se define como criterio orientador que prioricen a médicos que han trabajado en la especialidad, independiente que realicen o no actividades laborales en la red pública de

---

<sup>9</sup> El reglamento no define las especialidades que se considerarán en el componente.

<sup>10</sup> En Octubre de 2013, la Contraloría objetó la modalidad formación y devolución (compromiso de desempeño) de este programa conforme a la normativa legal vigente, resolviendo mediante el Dictamen N° 65651 que, en resumen, “no se efectúen nuevas convocatorias a este programa de formación en tanto no se regularice su modalidad de desarrollo”. Por lo tanto, actualmente está en fase de reformulación para estandarizar tres aspectos esenciales: académicos, administrativos (de gestión) y normativos, con el fin de lograr los objetivos originales de fortalecer la APS con especialistas de excelencia. Para estos efectos, está trabajando un panel de expertos convocado por el Ministerio, que incluye a los distintos actores del programa: autoridades académicas, del Depto. de formación del MINSAL, médicos en formación y de los Servicios de Salud implicados.

<sup>11</sup> Esta definición se realiza en las bases de licitación.

salud. Los médicos seleccionados se formarán en calidad de becarios, sus estipendios los financia el programa y deberán cumplir el PAO por el doble del período de formación. Este componente entró en funcionamiento en el año 2012 y el programa ha definido que continuará operando con los profesionales que están en formación, sin nuevos ingresos desde 2014, por lo que finalizaría una vez que los primeros terminen<sup>12</sup>.

El proceso de formación de los componentes está regulado por un convenio suscrito por el Ministerio de Salud, en representación de los Servicios de Salud donde se realizará la especialización, y la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y Asociación Chilena de Escuelas de Odontología (ACHEO)<sup>13</sup>, el cual establece el número de profesionales que serán formados en las distintas especialidades, por Servicio de Salud, y el pago a que se obliga el Ministerio de Salud por concepto de aranceles universitarios<sup>14</sup>. Los cupos que ofrecen las universidades se proveen mediante concurso público que gestiona el programa<sup>15</sup>. Una vez terminado el período de formación, los profesionales se obligan a desempeñarse en la red pública de salud por un período equivalente al doble de la duración de la formación, llamado Período Asistencial Obligatorio (PAO)<sup>16</sup>, con la excepción del componente EDF, que define un período de trabajo asistencial obligatorio como médico u odontólogo generalista por 3 años con obligación de lugar de destino, previo a la formación de especialidad. El cumplimiento de la obligación del PAO está respaldado por una Escritura Pública, donde se establecen la garantía y los costos asociados al no cumplimiento.

El diseño del programa considera la ejecución de los siguientes procesos:

1. Definición de necesidades (demanda) y capacidades de formación de las universidades (oferta). El programa recibe anualmente de los Servicios de Salud los requerimientos de formación de especialistas y realiza las priorizaciones pertinentes. Luego negocia con las universidades la definición final de los cupos de formación y los aranceles. En esta etapa se realiza también la negociación con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda para la asignación de los recursos financieros que se consignarán en el Subtítulo 21 del Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
2. Realización de Concursos públicos para asignar los diferentes cupos, de acuerdo a las diferentes modalidades o componentes.
3. Contratación de profesionales que serán formados y pago de servicios a las Instituciones formadoras.

---

<sup>12</sup> A partir de 2014, su ingreso es a través de concurso local en los SS o a nivel macro-zonal para las especialidades, y en forma directa para las especialidades derivadas.

<sup>13</sup> Debido a que no todas las facultades de Odontología forman parte de ACHEO, también se firman convenios con facultades de odontología individualmente.

<sup>14</sup> En 2014 el Arancel Académico anual pactado entre ambas instancias es de \$3.900.000 por becario en el caso de los médicos y \$6.000.000 en el caso de los odontólogos. A modo de referencia, se tiene que el arancel anual de un profesional médico autofinanciado es de \$4.700.000 más una matrícula de \$116.400 en la Universidad de Chile, en tanto el arancel anual de la Universidad de Valparaíso es de 160 UF más una matrícula de 4 UF, equivalentes a \$3.730.011 y \$93.250 respectivamente (valor UF al 01.01.2014). En el caso de los odontólogos los aranceles para los autofinanciados varían según especialidad, como referencia se puede señalar que en la Universidad de Chile esta variación es entre \$5.500.000 y \$7.800.000 más una matrícula de \$116.000, mientras que la Universidad Andrés Bello los aranceles fluctúan entre \$5.000.000 y \$9.500.000 anuales.

<sup>15</sup> Con la excepción de los componentes FORDIR (no todos los Servicios de Salud realizan concursos) y Especialidades Gravemente Falentes, en que la selección la efectúa las universidades.

<sup>16</sup> El PAO es el retorno de los becarios a la red pública, con contrato de 44 horas (o divisible en función de las necesidades del servicio) como funcionario, comprometido formalmente mediante escritura, a cualquiera de los establecimientos del Servicio de Salud de origen o a algún otro que determine la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por un tiempo equivalente al doble del período de la formación. Este compromiso se oficializa mediante escritura pública.

4. Realización del Período Asistencial Obligatorio (PAO) una vez concluida exitosamente la formación.

▪ **Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo**

Población potencial

Para efectos de esta evaluación, el panel distingue dos conjuntos diferentes de población potencial: la población potencial primaria y la población potencial secundaria o derivada de aquélla. Dado que el Fin del programa es contribuir al aumento de la oferta de prestaciones, calidad de la atención y capacidad resolutive en la red pública de salud, la población potencial primaria son todos los beneficiarios de FONASA que se atienden en la red pública de salud y que en el año 2012 alcanza a 13.377.082 personas<sup>17</sup>, presentando un crecimiento de 5,1% desde 2010. La población objetivo primaria, en este caso, es igual a la población potencial, ya que en el programa no se ha planteado ninguna orientación hacia algún subgrupo específico de la población potencial.

La población potencial secundaria (o derivada) es la que recibe directamente los beneficios del programa y se define como todas las personas con título de Médico Cirujano o Cirujano Dentista que no cuenten ya con una especialización<sup>18</sup>.

Población objetivo

Se define como los médicos y odontólogos que cumplen con los requisitos establecidos para acceder a becas de especialización que ofrecen los componentes. Esta población difiere en cada componente, ya que el programa ha definido requisitos diferenciados para acceder a ellos que se refieren a la existencia o no de experiencia laboral previa al ingreso al respectivo componente y la realización o no de un PAO. No se establecen formalmente requisitos de edad para entrar al proceso formativo u otras variables, como podría ser el sexo de los postulantes y consideraciones de género asociadas.

A continuación se describen y cuantifican las poblaciones objetivo de los componentes del programa.

*Componente 1. Etapa de Destinación y Formación. Médicos y Odontólogos*

En el caso de los médicos, la población objetivo se define como todos los Médicos Cirujanos titulados durante el año previo al ingreso al programa, chilenos o extranjeros con residencia definitiva, que hayan aprobado el EUNACOM. En el año 2013 éstos alcanzan a 1.036 personas<sup>19</sup> y su evolución en el período evaluado presenta una disminución de 3,8%. En cuanto a la población objetivo de odontólogos, se define como todos los Cirujanos Dentistas titulados en el último año previo al ingreso al programa, chilenos o extranjeros con residencia definitiva. En 2013 éstos alcanzaron a 889 profesionales<sup>20</sup> y en el período aumentaron en 29,6%.

*Componente 2. Concurso Nacional de Especialistas Médicos (CONE). Médicos y Odontólogos*

<sup>17</sup> Fuente: Fondo Nacional de Salud. Estadísticas Demografía. [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), consultado el 10 de mayo de 2014

<sup>18</sup> Excepto en el caso del FORDIR, que permite que médicos y odontólogos que ya cuentan con una especialidad realicen una subspecialización.

<sup>19</sup> Fuente: Consejo Nacional de Educación. Titulados de Medicina 2005-2012

<sup>20</sup> Fuente: Consejo Nacional de Educación. Titulados de Odontología 2005-2012

La población objetivo se define como todos los Médicos Cirujanos titulados entre 3 y 8 años previos al ingreso al programa, chilenos o extranjeros con residencia definitiva y que se hayan desempeñado en el nivel primario de atención al menos tres años. En relación a los Odontólogos, la población objetivo se define como todos los Cirujanos Dentistas titulados con nota igual o superior a 5.5 y cuya titulación se haya efectuado entre 3 y 8 años previos al inicio de la formación, chilenos o extranjeros con residencia definitiva y que se hayan desempeñado en el nivel primario de atención al menos tres años. No se cuenta con una cuantificación adecuada de la población objetivo de este componente, ni para médicos ni para odontólogos.

#### *Componente 3. Beca Primaria. Médicos y Odontólogos*

La población objetivo se define como todos los Médicos Cirujanos Titulados durante el año previo al ingreso al programa, chilenos o extranjeros con residencia definitiva, que hayan aprobado el EUNACOM. Por su parte, los Odontólogos se definen como todos los Cirujanos Dentistas titulados en el último año previo al inicio de la formación, chilenos o extranjeros con residencia definitiva. No se dispone de la cuantificación de la población objetivo de este componente para el año en que estuvo en funcionamiento.

#### *Componente 4. Formación de Médicos de la APS (3 años).*

La población objetivo se define como todos los médicos que se encuentren en alguno de los siguientes dos casos: (i) Médicos Cirujanos titulados con posterioridad a 2001, chilenos o extranjeros con residencia definitiva, que estén en el ciclo de destinación del EDF, que se hayan desempeñado por al menos 3 años en el nivel primario de atención (o 1 año en el caso de especialización en Medicina Familiar), y (ii) Médicos Cirujanos titulados con posterioridad a 2001, chilenos o extranjeros con residencia definitiva, que estén contratados por la Ley 19.378 (APS), que se hayan desempeñado por al menos 3 años en el nivel primario de atención (o 1 año en el caso de especialización en Medicina Familiar). No se cuenta con la cuantificación de esta población objetivo.

#### *Componente 5. Formación de Médicos de la APS (6 años)*

No se cuenta con la definición<sup>21</sup> ni la medición de la población objetivo de este componente.

#### *Componente 6. Formación Directa por los Servicios de Salud (FORDIR)*

No se dispone de la definición<sup>22</sup> de su población objetivo ni de su cuantificación.

#### *Componente 7. Formación de Especialistas Gravemente Falentes*

No se dispone de la definición de su población objetivo ni de su cuantificación. Se define como criterio orientador que se priorice a médicos que hayan trabajado en la especialidad, independiente que realicen actividades laborales en la red pública de salud.

El análisis de componentes indica que co-existen similitudes y diferencias. Entre las primeras, la principal dice relación con el proceso de negociación entre el Ministerio de Salud y las facultades de medicina y odontología para establecer el número de cupos por especialidad y sus precios. En esta materia, se considera que es necesario mejorar los procesos de negociación tendientes a obtener una mayor transparencia, lo que podría lograrse con la aplicación de licitaciones públicas que contengan definiciones explícitas de los requerimientos de formación por especialidades y sub especialidades a nivel nacional y por servicios de salud, lo que permitiría avanzar para que dichas instituciones ajusten su oferta a los requerimientos del MINSAL.

---

<sup>21</sup> No existen bases de licitación.

<sup>22</sup> No existen bases de licitación.

Las diferencias, por su parte, refieren a los requisitos de acceso al proceso formativo, carrera funcionaria, cumplimiento del PAO y especialidades consideradas. Con respecto a los requisitos de acceso, con excepción de la Beca Primaria en que postulan las personas egresadas el año anterior, todos los componentes exigen experiencia laboral previa al inicio de la formación lo que está establecido como deseable en la legislación, aunque no es excluyente per se. El panel considera que, aun cuando estas diferencias en los requisitos de ingreso al proceso formativo tienen fundamentos legales, introduce elementos de desigualdad en las condiciones que no cuentan con fundamentación técnica explícita.

El análisis de la carrera funcionaria señala que también existen diferencias entre componentes, ya que algunos profesionales tienen la calidad de becario<sup>23</sup> y otros responde a la modalidad Comisión de Estudios<sup>24</sup>. Ello implica diferencias en los ingresos que reciben las personas durante el período de formación<sup>25</sup>. El panel considera que, si bien las diferencias observadas en las calidades de becario y comisión de estudio, aunque no responden a criterios objetivos y explícitos, se encuentran fundamentadas en los marcos legales que los regulan.

En lo que dice relación con la exigencia de cumplimiento del PAO también se observan diferencias entre componentes, aunque menores a los dos aspectos reseñados anteriormente. En general, casi todos los componentes plantean un PAO por un periodo equivalente al doble de la duración de la formación, con excepción del EDF que no exige PAO porque asume que lo reemplaza el desempeño previo en APS en la etapa de Destinación. Sin embargo, al panel le llama la atención esta explicación ya que otros componentes que también exigen desempeño previo en APS sí mantienen la exigencia de cumplimiento de PAO por el doble del período de formación. Otra excepción la constituye el componente APS 6 años donde el PAO es de 3 años. Al respecto, el panel evalúa que esta excepción es consistente con los demás componentes ya que igualmente se completa un período de 9 años en el proceso formativo.

---

<sup>23</sup> Reglamento de Becarios de la Ley N° 15.076. Señala que la beca no constituye cargo o empleo y define al becario como *“Profesional que goza de una beca de especialización o perfeccionamiento, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud o de las Universidades, según las condiciones y modalidades que se indican.”* Establece un estipendio mensual que percibirá el becario equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo de un profesional funcionario que cumple jornada diurna regido por la ley N° 19.664, el que podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud, más los derechos o aranceles que impliquen el costo de la formación. Tendrá derecho a percibir el beneficio de la asignación familiar, los incrementos y bonificaciones previsionales, y las demás asignaciones y bonificaciones que determinen las leyes, en conformidad a las reglas generales aplicables a estas asignaciones o bonificaciones. Una vez concluido el período de formación, a los becarios se les reconocen los trienios.

<sup>24</sup> La modalidad Comisión de Estudios, concepto jurídico no asociado a la ley médica, que aplica a los componentes EDF, APS 3 años, APS 6 años y FORDIR en algunos casos, implica que éstos son funcionarios, en general, a contrata de las respectivas instituciones y mantienen esta calidad durante el proceso formativo, con los beneficios que eso implica, como por ejemplo los trienios (Reglamento sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en el Programa de Especialización, Ley N° 19.664. Decreto N° 91 de 2001). En el artículo 30 de la Ley 19.664 se establece que los profesionales funcionarios percibirán, como reconocimiento a su permanencia en los Servicios de Salud, una asignación de antigüedad que se otorgará por cada tres años de servicios y cuyo monto se determinará aplicando sobre el sueldo base porcentajes que van desde un 34% para el trienio 1 hasta un 72% para el trienio 13, último de los permitidos por la ley en comento. Esta asignación se devengará desde el día en que se hubiere cumplido el trienio respectivo. También la Ley 15.076 establece la asignación por antigüedad o trienios, aunque tiene una ponderación distinta a la de la Ley 19.664.

<sup>25</sup> De acuerdo a información entregada por el programa, en promedio el becario recibe un monto cercano a \$1.400.000 mensuales y para los profesionales en comisión de estudios la remuneración promedio es cercana a \$1.700.000 mensuales.

Respecto a las especialidades, la mayoría son entregadas en cuatro o más componentes. Constituye una excepción el FORDIR que, de acuerdo a lo informado por el programa, a contar de los concursos 2014 para desempeñarse en 2015, estará dirigido exclusivamente a la formación de sub especialistas. Por su parte, los componentes APS están orientados a las especialidades priorizadas en este nivel de atención. Para el resto de los componentes, a excepción de los marcos legales, el panel no ha encontrado razones, técnicas u operativas, que justifiquen esta superposición. En esta perspectiva, no se valida la existencia por separado de todos los componentes del programa.

Finalmente, se considera que la desagregación en siete componentes dificulta la gestión de programa y, en particular, en lo relacionado con el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de sus distintos objetivos y de la administración de los recursos transferidos a los servicios de salud.

- **Fuentes de financiamiento**

El programa se financia con recursos del presupuesto del Ministerio de Salud contenidos en el Subtítulo 21 del presupuesto de los Servicios de Salud y financian los aranceles que se pagan a las universidades, los estipendios a los becarios, el pago de tutores y el PAO en el caso de la APS 3 años.

Adicionalmente, los Servicios de Salud concurren con el financiamiento de las remuneraciones de los becarios, en tanto son funcionarios de los servicios de salud, que participan en el proceso formativo en calidad de comisión de estudios. Sin embargo, este último financiamiento no ha sido identificado ni cuantificado.

Por otra parte, la gestión del programa a nivel central se financia con recursos aportados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales con cargo a los Subtítulos 21 y 22, los que han sido identificados y cuantificados para el período evaluado. Además de lo anterior, para la gestión en los niveles locales (Servicios de Salud y APS) concurren recursos humanos y bienes y servicios, los que no han sido identificados ni cuantificados.

En definitiva, se evalúa que es necesario identificar y cuantificar la totalidad de recursos que intervienen en la operación del programa a fin de conocer con exactitud el monto que gasta el Estado en la formación de especialistas médicos y odontólogos.

## **2. Resultados de la Evaluación**

- **Justificación del programa**

El Ministerio de Salud ha implementado la estrategia de financiar la formación de los especialistas médicos y odontólogos, a cambio de que éstos se desempeñen, con excepción del EDF, por un período obligatorio del doble de la duración de la especialización en establecimientos de la red pública de salud. En este caso, si bien el pago por el perfeccionamiento de uno de los factores de producción no corresponde al tradicional destino de los recursos del sector público de salud, el panel considera que este gasto/inversión se justifica por los siguientes motivos.

Primero, el Estado interviene debido a que el mercado de la atención de salud no cumple con las condiciones clásicas de otros mercados. En particular, los mercados laborales de los médicos han llevado, en opinión de algunos autores como Nicholson et al. (2012), a que en muchas partes dichos mercados se encuentren regulados. Esto por la opinión de los policy makers de que los mercados en cuestión en interacción con el mercado educacional, donde los médicos forman parte de la oferta al ser miembros de los equipos docentes de los campos clínicos formadores, no generarán el número, la calidad, la mezcla y la distribución regional óptima de especialistas ya que sus incentivos son alejarse del óptimo competitivo.

Segundo, la Ley de Autoridad Sanitaria asigna a la Subsecretaría de Redes Asistenciales el rol de “gerenciar” la red pública de prestadores y en ese ámbito le corresponde disponer de horas profesionales de especialistas. A saber, según el estudio del Banco Mundial (2010), la mayor cantidad de horas especialistas se encuentran destinadas al sector privado y no al sector público, aún cuando la mayor proporción de la demanda de prestaciones especializadas de salud por parte de los asegurados del FONASA se genera en la red pública. En este contexto, el “gerente” de la red pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales según el artículo 8° del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, debe innovar en su gestión para permitir la incorporación de un mayor número de horas de especialistas que le permitan satisfacer en una mayor proporción o, idealmente en su totalidad, la demanda por dichas prestaciones por parte de sus clientes.

Tercero, un elemento que debe ser incorporado en el análisis son los incentivos “privados”, es decir, la rentabilidad privada (determinada por el Valor Actual Neto, VAN, de la inversión en mayor y mejor educación) por factores pecuniarios y no pecuniarios que disponen los médicos y odontólogos para especializarse y desempeñarse por motu proprio en jornadas laborales completas o parciales en la red pública de prestadores. En este contexto, la intervención del Estado se justifica cuando existen diferencias entre los VAN privados y sociales de la inversión en un post título. Estas desigualdades, en general, se pueden explicar por la existencia de externalidades así como por fallas de mercado que impiden o entran el acceso al crédito para financiar las inversiones en capital humano. La literatura señala que la solución a las fallas de mercado comentadas sólo pueden ser provistas por una intervención del Estado, ya sea bajo la forma de esquemas de becas y créditos subsidiados o mediante esquemas que compensen a la banca privada los riesgos involucrados mediante adecuadas garantías. En este tipo de soluciones se inserta el Programa en evaluación, en tanto entrega becas de formación de especialistas para fomentar el aumento y la retención de dichos profesionales en la red pública de atención de salud.

#### ▪ **Resultados de Eficacia y Calidad**

Definido el FIN del programa como “*Contribuir al aumento de la oferta de prestaciones, calidad de la atención y capacidad resolutive en la red pública de salud, con el objeto de aportar a la disminución de la morbimortalidad*”, se puede afirmar que el programa sí ha efectuado tal contribución. Sin embargo, no cuenta con información que permita cuantificarla. Pese a lo anterior, es razonable pensar que el nivel de producción alcanzado en el período evaluado y que se expresa en la formación de especialistas con obligación de desempeñarse en la red pública de salud con posterioridad a la etapa de formación (PAO), es un instrumento que efectivamente ha contribuido a aumentar la oferta de prestaciones y capacidad resolutive en la red pública, con el objeto de aportar a la disminución de la morbimortalidad. Con respecto a la contribución del programa a la calidad de la atención, tercer atributo definido en el FIN, no es

posible afirmar que el programa ha contribuido en tal aumento ya que no se han definido los parámetros que permitan operacionalizar el atributo mediante mediciones objetivas de calidad.

En relación al cumplimiento del PROPÓSITO del programa, definido como “*Aumentar la disponibilidad y retención de médicos y odontólogos especialistas en la red pública de salud, a objeto de contribuir a la disminución de las brechas de estos profesionales en dicha red*”, es posible concluir que la producción del programa ha aumentado la disponibilidad y retención de médicos y odontólogos especialistas en la red pública de salud, ya que éstos se desempeñan en sus establecimientos en el PAO. Con respecto de la retención, se evalúa que el PAO es un mecanismo que permite efectuar dicha retención por el período que éste dura. En esta materia, se considera que la retención de especialistas más allá de la duración del PAO es una responsabilidad que no puede atribuirse al programa, por cuanto en esa permanencia intervienen otros factores ajenos a la acción del programa.

En el análisis del cumplimiento del propósito, es necesario mencionar que la información necesaria para evaluar la eficacia del programa es muy incompleta y limitada. La base de datos de beneficiarios del programa sólo cuenta con información completa de aquéllos ingresados a partir de 2010, por lo cual no es posible determinar de manera confiable el número total de beneficiarios en el periodo en evaluación. La citada base registra 998 especialistas que se encuentran el 2013 realizando su período PAO. Se debe tener presente, sin embargo, las limitaciones de estas cifras ya que la mayoría de las personas que se encuentran en PAO no están registradas en la base de datos debido a que ingresaron al programa antes de 2011. En efecto, mientras más atrás en el tiempo, mayor es la subestimación del número de beneficiarios. De acuerdo a las cifras disponibles, en términos teóricos, se podría suponer que, efectivamente, el programa ha contribuido al cierre de brechas. Si se asume que la brecha estimada por el Ministerio de Salud en 2011 alcanzó a 1.437 especialistas, el aporte del programa correspondería al número de médicos que inician su periodo PAO en los años 2012 y 2013, se puede decir que el aporte del programa en 2012 y 2013, en términos de número de especialistas, fue de al menos un 15% y 25%, respectivamente, de la brecha estimada en 2011. Asimismo, se estimaron los mismos valores considerando la brecha proyectada por el Banco Mundial para 2011. En este caso los porcentajes bajan a 9% y 15% para 2011 y 2013, respectivamente. Dado que dicha base de datos está incompleta, estos resultados deben ser considerados una cota inferior del número de profesionales en PAO. Adicionalmente, es necesario señalar que no es posible determinar si la brecha de especialistas ha aumentado o disminuido en el tiempo, ya que ésta depende de otros elementos sobre los que no se tiene información, como el aumento de demanda por prestaciones, el número de especialistas que se retiran del sistema público (incluyendo aquéllos que terminan su PAO y no continúan en el sistema) y la contratación de médicos ya formados.

En opinión de este panel, la ausencia de la información señalada previamente ha impedido que el programa se gestione adecuadamente durante el periodo en evaluación. En efecto, el programa se ha administrado hasta ahora sin indicadores de gestión ni de resultados que le permitan evaluar su desempeño ni tomar decisiones informadas.

#### Análisis de beneficiarios

El análisis del stock de beneficiarios del programa en el año 2013 señala que los componentes EDF y FORDIR son los que concentran el mayor número de beneficiarios (23% y 37% respectivamente). Cabe destacar que el EDF tiene una particularidad que no se ajusta a los objetivos del programa ya que no está alineado con el Propósito del programa, esto es, aumentar la disponibilidad y retención de horas especialistas en la red pública de salud, sino

que más bien está orientado a aumentar la disponibilidad de médicos y odontólogos generales en zonas apartadas. Al no contar con período PAO, no aporta al cumplimiento del propósito. Por su parte, el FORDIR es un componente que es gestionado por los Servicios de Salud y el programa no tiene mayor injerencia en su administración, lo que se traduce en que no existe la suficiente transparencia y por ende, información de variables clave como son la definición de su población objetivo, requisitos de acceso de los participantes, calidad discrecional de becarios o comisión de estudios, entre otros. Se evalúa que estas situaciones deberán ser revisadas por el programa. En cuanto al resto de los componentes, en 2013, siguen en importancia APS 6 años con el 14% del stock de beneficiarios, seguido del CONE (12%), APS 3 años (8%), Becado Primario (5%) y Especialmente Falentes (2%).

En términos de los beneficiarios que ingresaron al proceso de formación, los médicos alcanzaron un total de 901 en el año 2013, los que presentan un aumento de 52% en el periodo en estudio. En relación a la participación de cada componente, el año 2013 -único en que están presentes los siete componentes del programa- la mayor cantidad de beneficiarios se concentra en el CONE (26%), seguido del FORDIR (25%) y el EDF (19%). La participación del componente EDF disminuye de 25% en 2010 a 19% en 2013, pese a un leve aumento en su número de beneficiarios. Se observa, asimismo, una disminución de 52% en el número de beneficiarios del programa APS 3 años, mientras que los beneficiarios del programa APS 6 años se mantienen relativamente constantes.

Por su parte, los beneficiarios odontólogos crecen en 92%, desde 61 beneficiarios en 2010 a 117 en 2013, aumento que se concentra exclusivamente en el año 2013 y se debe a los componentes CONE y Beca Primaria, ya que el EDF y FORDIR disminuyen su producción. En el año 2013 el componente que más aportó a la formación de odontólogos especialistas fue el CONE (36%), seguido del EDF (31%).

Sin embargo, el análisis del total de beneficiarios ingresados al programa señala que el EDF es de mayor importancia en ambas etapas, destinación y formación, en comparación con el resto de los componentes, aportando más de la mitad de los beneficiarios del período 2010 - 2013. Ello se explica en parte porque el componente funcionó los cuatro años, pero además, porque contó con mayor número de cupos que el FORDIR, el otro componente que también estuvo vigente en todo el período evaluado. Cabe recordar que el EDF no considera un PAO al término de la formación, lo que no asegura que el alto número de beneficiarios de este componente ingresados al programa, sean una contribución al logro del Propósito del programa, lo que se evalúa inadecuado.

El análisis por especialidad señala que trece especialidades concentran el 81% de los beneficiarios del período<sup>26</sup>. Las especialidades con mayor crecimiento son Medicina de Urgencia (1020%), Oncología (900%) y Neurocirugía (186%).

Al analizar la comparación entre el número de médicos ingresados a formación en el periodo 2010 - 2013 con la brecha estimada en 2011, se observa que las cuatro especialidades que registrarían una mayor brecha (Medicina Interna, Anestesiología, Cirugía General y Pediatría) son las mismas a las que ingresaron más médicos en el periodo en evaluación. En el quinto y sexto lugar en cuanto a beneficiarios ingresados se encuentran Psiquiatría de Adultos y Obstetricia y Ginecología. Sin embargo, en la lista de especialidades priorizadas estas

---

<sup>26</sup> Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, Cirugía General, Psiquiatría Adultos, Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Medicina de Urgencia, Imagenología, Medicina Familiar, Neurología Adultos, Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia, Oftalmología,

especialidades se encuentran en el octavo y noveno lugar respectivamente, detrás de Imagenología, Traumatología y Ortopedia y Oftalmología. Lo anterior muestra que no hay una correspondencia directa entre las necesidades declaradas por el MINSAL y las especialidades que realmente se están formando por parte del programa, lo que se evalúa negativamente.

El análisis de la distribución del número de beneficiarios por especialidad y componente para el año 2013, el único en el que están presente los siete componentes, señala una superposición entre especialidades de los distintos componentes. Como excepción, algunas subespecialidades son exclusivas del FORDIR, aunque con un bajo número de participantes. En el caso de Medicina Familiar, el 85% de los especialistas es formado por el componente APS 3 años, lo que se evalúa consistente con el modelo de atención de la APS. Por otra parte, destaca que el componente de Especialidades Gravemente Falentes sólo concentra el 11% de la especialidad de Anestesiología, lo que hace cuestionar la relevancia de este componente en esta especialidad. Por el contrario, en la especialidad de Medicina de Urgencia, dicho componente forma a más de la mitad de los especialistas. Finalmente, se observa que los dos componentes ligados a la APS concentran sus becas en menos especialidades, relacionadas a las necesidades de la atención primaria, lo que se evalúa adecuado. Llama la atención, sin embargo, el que existan 6 becados de la especialidad de Neurocirugía en el componente APS 6 años, los que constituyen el 30% de los becados de esa especialidad en el periodo en evaluación, lo que es inconsistente con el nivel de atención APS.

En cuanto a los odontólogos, se observa que 5 especialidades (Rehabilitación Oral (23%), Ortodoncia (19%), Endodoncia (11%), Periodoncia (11%) y Implantología (18%)) concentran el 82% de los beneficiarios. Las especialidades que presentan un mayor crecimiento en el periodo 2010 - 2013 son Endodoncia (320%) y Odontopediatría (300%), mientras que la única especialidad que disminuye es Implantología (-26%).

El análisis de beneficiarios por Servicio de Salud indica que 25 Servicios de Salud aumentaron su participación en el periodo 2010 – 2013 (Aysén (400%), Arica (320%), Iquique (200%) y Magallanes (200%)), mientras que 3 disminuyeron. Como se desconoce la brecha por Servicio de Salud, es imposible para el panel pronunciarse sobre si estos aumentos son adecuados o no. No obstante, al comparar el número de beneficiarios con el tamaño del servicio de salud, medido en cantidad de camas y población beneficiaria FONASA se encuentra que existe una gran variabilidad en el número de cupos que capta cada Servicio de Salud, la que no estaría explicada por su tamaño. No existen, dentro del conocimiento de este panel, otros criterios explícitos que justifiquen estas diferencias.

Por otro lado, al analizar los beneficiarios por universidad de especialización se aprecia que la Universidad de Chile concentra la mayor cantidad de beneficiarios (38%), seguida de la Universidad Católica (12%) y la Universidad de Santiago (10%), las tres de la Región Metropolitana. La Universidad que más aumenta su número de becados en el periodo en evaluación es la Universidad Católica, que los duplica. Le siguen las universidades de Valparaíso y del Desarrollo, con alzas de 89% y 68% respectivamente. Esta distribución es representativa de la capacidad formadora de las universidades, determinada por la disponibilidad de docentes y de campos clínicos.

La distribución de los beneficiarios por sexo indica, en el caso de los médicos, que éstos son hombres en un 58% y 42% mujeres, distribución similar a la de la población general de médicos, por lo que se estima que no existe discriminación por sexo<sup>27</sup>. Esta distribución se

---

<sup>27</sup> A nivel nacional el 35% de los médicos colegiados es mujer, cifra que sube al 45% al considerar sólo los médicos entre 25 y 34 años (INE, Compendio Estadístico 2013.).

mantiene aproximadamente constante entre los distintos componentes, excepto en el componente APS 6 años, en el que la distribución se invierte. En lo referente a las especialidades, se observa que las relacionadas a la pediatría son mayoritariamente femeninas. Lo contrario ocurre en las especialidades quirúrgicas, siendo el caso más extremo el de traumatología, en el que sólo 9% de los becados son mujeres. Además de éstas, llaman la atención otras especialidades en las que la participación femenina es muy baja como Imagenología (30%), Oftalmología (27%), Otorrinolaringología (15%), Cardiología (13%) y Salud Pública (14%). Se estima que estas diferencias se deben a distintas preferencias entre hombres y mujeres, ya que no hay evidencia de políticas de discriminación en la selección de beneficiarios por parte del programa.

En el caso de los cirujanos dentistas, la distribución por género es más igualitaria, con un 53% de mujeres y un 47% de hombres, aunque en los componentes se observan mayores diferencias. Sin embargo, dado que el número de becados por componente es bajo, estos valores no son concluyentes. Lo mismo se puede decir a nivel de especialidades, no obstante, al igual que en el caso de los médicos cirujanos, se observa que la odontopediatría es eminentemente femenina.

### Análisis de cobertura

Dado que el Fin y Propósito de este programa se centran en la reducción de brechas de médicos y odontólogos especialistas en la red pública de salud, no es pertinente evaluar el programa por la cobertura que obtenga en su población objetivo (los médicos y odontólogos generales que podrían acceder a becas de formación).

Lo señalado anteriormente no implica que la información sobre población potencial objetivo y sobre cobertura de los componentes sea irrelevante. Por el contrario, esta información es importante al momento de diseñar los componentes y establecer sus requisitos, de manera de asegurar que haya suficientes postulantes para llenar los cupos de formación que se requieran para cumplir los objetivos del programa. Sin esta información no es posible conocer la capacidad de crecimiento del programa, elemento central en la planificación de desarrollo del mismo. Es por esta razón que el panel evalúa negativamente que el programa no cuente con información cuantitativa sobre la población potencial y objetivo de la mayoría de sus componentes.

El único componente que cuenta con su población objetivo cuantificada es el EDF, y sólo para los años 2010 a 2012. Para los médicos entre 2010 y 2012 la cobertura aumentó en 97,9%, de 11,7% a 19,1% de la población objetivo del programa. En los odontólogos no se observa una tendencia clara en la cobertura, ya que ésta aumenta de 5,8% en 2010 a 7,4% en 2011, para luego caer a 2,9% año 2012.

### ▪ Resultados de Economía

Las fuentes de financiamiento del programa corresponden a los recursos asignados en el Presupuesto del Ministerio de Salud (Subtítulo 21 de los Servicios de Salud) para el programa, los que alcanzaron a más de MM\$ 46.324 en el año 2013, representando casi el 100% del financiamiento, recursos que experimentaron un crecimiento de 127% entre 2010 y 2013<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> No se presenta el presupuesto 2014 porque se dispuso de información parcial (\$ 42.575.446 millones), monto inferior en aproximadamente un 10% al presupuesto de 2013. No se cuenta con antecedentes que justifiquen esta

Una segunda fuente de financiamiento proviene de una estimación del gasto en que incurre la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la gestión del programa, que alcanzó al 0,4% en 2013 (MM\$ 193,5) y tuvo un aumento del 66% en el período.

Aún cuando no está cuantificado, se debe señalar que los Servicios de Salud y APS municipal también aportan al financiamiento del programa al menos con el pago de las remuneraciones de sus funcionarios que se encuentran en comisión de estudios y potencialmente algunos becarios, lo que lleva a concluir que el financiamiento y gasto del programa está subestimado. Un ejercicio teórico realizado por el panel a fin de establecer un orden de magnitud de dicha subvaloración, entregó un resultado de un gasto con cargo al presupuesto de los Servicios de Salud e Instituciones de Administración Municipal de Salud de aproximadamente MM\$ 41.000 para el año 2013, lo que haría casi duplicar el gasto que ejecuta el programa. Asimismo, estas instancias aportan con recursos necesarios para la gestión del programa. Se evalúa que el financiamiento aportado por los Servicios de Salud, tanto en gastos de producción como de gestión, debería ser explicitado y cuantificado, a fin de conocer la totalidad del gasto del programa.

El programa aplica una política de recuperación de gastos consistente en una garantía que deben firmar los beneficiarios en caso de no cumplimiento del PAO, por un valor de UF 5.000 en 2014, lo que equivale a M\$ 116.563<sup>29</sup>. Se considera que es un monto adecuado ya que cubre satisfactoriamente el gasto incurrido por el programa en la formación de especialistas. Cabe señalar que el programa no aplica políticas de aportes de terceros como contribución a las fuentes de financiamiento.

El gasto del programa alcanzó a poco más de MM\$ 46.000 en 2013, monto que se ha incrementado en 127% en el período evaluado. La evolución de éste muestra un aumento sostenido cercano al 15% entre los años 2011 y 2013 con respecto al año anterior, en tanto que en el año 2012 el crecimiento es de 70,1% con relación a 2011. Ello se explica, principalmente, por el aumento que experimenta el número de beneficiarios del programa, los que en 2012 crecen en 32,6% con respecto del año anterior, aumento que se relaciona con la entrada en operación del componente 7, Especialidades en Falencia. En el año 2013, la variación es cercana al 15%. Aunque no se tiene la cuantificación del stock de beneficiarios para los años evaluados, con excepción de 2013, es razonable suponer que el stock también aumenta en el período y contribuye a explicar el aumento del gasto. Otro factor que interviene en el aumento del gasto total es el reajuste de remuneraciones que ha experimentado el sector público en el período (cercano al 20%), aspecto que es relevante si se considera que el gasto en personal es el más importante del programa (54,1% en 2013). Finalmente, los aranceles que se pagan a las universidades también han aumentado, aunque no se conoce exactamente en qué proporción.

En función de lo anteriormente descrito, se evalúa que es adecuado el aumento del gasto del programa, ya que responde al aumento del nivel de producción y al aumento del costo de factores de producción.

Al analizar el desglose del gasto por Subtítulo, se puede apreciar que el de mayor importancia es el personal alcanzando en el año 2013 al 54,1% del total, seguido de las transferencias a la APS municipal (25,6%) y del gasto en bienes y servicios de consumo (20,3%). El gasto en

---

disminución. Igualmente, no se dispuso de la estimación del gasto administrativo del programa financiado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

<sup>29</sup> Valor UF al 01.01.2014 \$23.312,57

personal está destinado al pago de los estipendios de los becarios mientras dure su período de formación, así como también al pago de tutores, en tanto los bienes y servicios de consumo corresponden al pago de los convenios con las universidades por los aranceles de los beneficiarios, mientras que las transferencias a la APS financian los aranceles a las universidades por la formación de los profesionales provenientes de ese nivel de atención así como también el PAO de la APS 3 años.

La variación del gasto en personal entre 2010 y 2013 es de 254% y el aumento más importante se produce en el año 2012 con respecto de 2011 donde sube desde casi 10 mil millones de pesos a más de 22 mil trescientos millones de pesos. Esto se explica en parte por la variación experimentada en el número de beneficiarios del programa y el aumento salarial del sector público.

El gasto en bienes y servicios de consumo ha aumentado en 145% entre 2010 y 2013 y su participación porcentual en el total es relativamente estable, con excepción del año 2012 donde se produce un descenso relativo, aunque en términos absolutos el gasto crece sostenidamente todos los años. Si bien la práctica de negociar anualmente con las universidades el monto del arancel por la formación es un mecanismo que ha permitido obtener precios menores al valor de lista en aproximadamente un 10%<sup>30</sup>, lo que se considera adecuado ya que permite incrementar la eficiencia del programa, se evalúa también que el hecho de que el arancel sea igual para todas las especialidades, independientemente de las diferencias de costos que pudieran existir por razones de diferentes funciones de producción<sup>31</sup>, restringe la capacidad de negociación del programa respecto de potenciar algunas especialidades por sobre otras, definidas en función de la política asistencial.

Las transferencias a la APS municipal experimentaron un crecimiento de 27% en el período evaluado, mostrando una tendencia decreciente en la importancia relativa del gasto total del programa, desde 2010 a 2013. Ello se debe a que pese al crecimiento del gasto total del programa en el período, los niveles de esta transferencia se mantienen relativamente estables.

Cabe señalar que el presupuesto inicial del programa es asignado en su totalidad en el Subtítulo 21 de los Servicios de Salud, debiendo ser necesario efectuar reasignaciones durante el año para ejecutar los gastos en los Subtítulos 22 y 24. Ello podría evitarse si el presupuesto tuviera las aperturas necesarias de los distintos conceptos de gasto, mediante glosas, lo que contribuiría al mayor ordenamiento y control de la ejecución de los gastos del programa, así como la trazabilidad del gasto en los niveles ejecutores.

El programa no dispone del desglose del gasto por componentes ni por Servicios de Salud, lo que se evalúa inadecuado ya que se considera información relevante para la gestión financiera del programa y para las decisiones que se adopten en relación al diseño del mismo y sus diferentes modalidades de producción.

El análisis de la ejecución del presupuesto muestra niveles cercanos al 100% en todos los años evaluados. Cabe señalar, sin embargo, que ello se produce porque desde el punto de vista del programa, los recursos son ejecutados en el momento en que se efectúan las reasignaciones. Cabe señalar que el programa no cuenta con mecanismos que le permitan conocer con exactitud el nivel de ejecución de los recursos.

---

<sup>30</sup> Información entregada por el programa.

<sup>31</sup> Aunque los costos de producción del proceso de formación de especialistas es una materia que requiere un estudio en mayor profundidad (no ha sido abordado por el programa), es razonable esperar diferencias en los requerimientos de infraestructura y equipamiento, por ejemplo.

## ▪ **Resultados de Eficiencia**

Los resultados de Eficiencia del programa dicen relación con los costos unitarios de producción. Si bien no fue posible calcular el gasto promedio unitario por componente, se obtuvo el gasto promedio por Subtítulo.

En el análisis del gasto en personal por beneficiario (Subtítulo 21) se diferenciaron dos escenarios debido a problemas de registro<sup>32</sup>. El primero, donde todos los beneficiarios FORDIR están en comisión de estudios (el SS paga las remuneraciones) y en el otro extremo, en el escenario 2, todos son becarios (el estipendio lo paga el programa). Dado que ninguna de las situaciones es la real, el valor derivado de este ejercicio es un intervalo entre ambos.

El gasto unitario del Subtítulo 21 en el escenario 1, alcanza M\$ 37.822 en el año 2013 lo que significa un monto mensual de M\$ 3.152, cifra que es más del doble del monto promedio del estipendio (M\$1.400 al mes aproximadamente) informado por el programa, lo que se evalúa elevado. El escenario 2 entrega valores anuales de M\$ 17.060 en 2013, el que llevado a su equivalencia mensual es M\$ 1.422. Cabe señalar que esta última es cercana al valor del estipendio que efectivamente se paga. Sin embargo, debe tenerse presente que se trata de un ejercicio teórico, basado en supuestos, a fin de obtener una aproximación a los costos unitarios de producción del programa, por lo que los resultados deben ser considerados solamente en ese contexto y el valor real del gasto debería estar ubicado en algún punto intermedio entre ambos escenarios.

En consecuencia, se reitera la necesidad de que el programa cuente con información de calidad, tanto de número de beneficiarios como de gasto y, en particular, con la correcta identificación del gasto por componente y por etapa del proceso productivo.

Al analizar la relación del gasto en Bienes y Servicios de Consumo, que corresponde al pago de aranceles a universidades, con el stock de beneficiarios en etapa de formación del programa, se obtiene un gasto promedio unitario de M\$ 4.586 en 2013, que es superior en aproximadamente en 35% al valor del arancel médico pagado a las universidades en dicho año, de M\$3.400 anuales por beneficiario. Si bien el arancel odontológico es más alto al médico, lo que haría elevar el promedio, la baja participación de beneficiarios odontólogos dentro del total (aproximadamente 8%) no explican la diferencia observada. Se considera que este resultado es anómalo.

El gasto unitario promedio por beneficiario del Subtítulo 24, Transferencias a la APS municipal, alcanza a M\$ 14.387 en 2013, cifra que ha experimentado un descenso de 42% en el período evaluado. Esta variación sólo es posible atribuirla a inconsistencias en las cifras proporcionadas, lo que se evalúa en forma negativa. En relación al nivel alcanzado en 2013, si se tiene presente que este monto debe financiar el arancel anual (M\$ 3.400 médicos), dejaría un monto de M\$10.987 para el pago de PAO y tutores lo que se traduce en M\$ 916 mensuales. Para el panel no es posible pronunciarse sobre la pertinencia de dicha cifra ya que no se conoce el número de tutores en el año analizado, sin embargo, se evalúa que es un monto bajo para financiar ambos rubros de gasto, ya que no cubren los valores reales.

---

<sup>32</sup> Los beneficiarios del componente FORDIR pueden tener indistintamente la condición de becarios o comisión de estudios, en tanto es una facultad discrecional del director del Servicio de Salud, y los registros de la base de datos de beneficiarios no dan cuenta de esta diferenciación.

Finalmente, en base a las cifras de gasto unitario promedio presentadas se ha construido el promedio simple y ponderado por beneficiario que alcanzan a M\$ 18.932 y M\$ 12.752, respectivamente, Sin embargo, debe tenerse presente que, debido a la ya señalada debilidad de la información, las cifras son presentadas sólo a modo de ejercicio teórico, por lo que no es posible extraer conclusiones de ellas. No obstante, sí es posible concluir que no hay correspondencia entre gasto y costo, ya que para obtener éste es necesario disponer de la estimación del gasto en que incurren los Servicios de Salud e instituciones de administración municipal, lo que haría elevar en forma importante las cifras.

Los gastos administrativos del programa alcanzan a menos del 1% en todos los años evaluados, lo que se considera bajo ya que no da cuenta de la importancia que tiene disponer de un equipo de trabajo que pueda gestionar en forma adecuada y con visión estratégica, un programa de alta relevancia en la perspectiva de satisfacer las necesidades de la población que accede a la red pública de salud y alta complejidad de gestión, que además involucra una cantidad significativa de recursos de producción. Este bajo nivel de gasto administrativo, a juicio del panel, tiene directa relación con los importantes vacíos de información con que se gestiona el programa.

#### ▪ ***Desempeño Global***

El programa Formación de Especialistas responde a una necesidad concreta y medible, cual es la demanda por atenciones de especialidades médicas y odontológicas que se expresa en la red pública de salud. Parte de esta demanda no está resuelta en los establecimientos de dicha red, lo que genera una brecha en la disponibilidad de horas médicas y odontológicas especializadas. Todos los estudios revisados señalan la existencia de brechas de especialistas en esa red.

La intervención por parte del Estado en incentivar una mayor disponibilidad de horas médicas y odontológicas de especialistas se justifica por las imperfecciones del mercado laboral de los profesionales médicos, las fallas del mercado educacional chileno y el rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales como gestor de la red pública de salud. De esta forma se logra aumentar la probabilidad de disponer horas médicas y odontológicas de especialista en la red pública.

En términos del diagnóstico de la situación planteada, el programa no cuenta con una medición actualizada del problema que pretende resolver, vale decir, una medición de la brecha de especialistas, separando la necesidad de horas médicas y odontológicas, y su caracterización por tipo de especialidad, localización geográfica y nivel de atención.

En relación al cumplimiento de los objetivos de Fin y Propósito, se puede concluir que efectivamente el programa contribuye con los objetivos declarados, toda vez que su producción se traduce en que especialistas médicos y odontólogos formados por el programa se desempeñan en establecimientos de la red pública de salud, al menos durante su período PAO, aumentando de esa forma la oferta de prestaciones (FIN), mediante el aumento de la disponibilidad y retención de horas especialistas en dicha red asistencial (PROPÓSITO).

No obstante, no es posible efectuar una medición confiable de esas contribuciones ya que el programa presenta importantes problemas de gestión que impiden contar con la información necesaria para tal medición.

En esta dificultad intervienen dos aspectos clave. Por una parte, el MINSAL no dispone de una metodología validada para dimensionar las brechas de especialistas y las características de ellas en términos de especialidades, lugares geográficos y nivel de atención. En consecuencia, no se cuenta con una medición actualizada de las mismas. Esto se observa como una debilidad, además, porque impide al MINSAL determinar fundadamente la estrategia de intervención del programa.

Por otra parte, el sistema de información vigente (base de datos de beneficiarios) presenta importantes deficiencias que dificultan la confiabilidad de la información que entrega. La más importante se refiere a la completitud de los datos, ya que el sistema se alimenta manualmente por medio de la entrega de información en papel por parte de las unidades ejecutoras (Servicios de Salud y APS municipal), modalidad que no puede asegurar que la base contenga la información de todos los beneficiarios del programa, ya que no es posible detectar las omisiones. Ello se traduce en que el programa no conoce exactamente cuántos son sus beneficiarios en las diferentes etapas (Destinación, Formación, PAO).

Teniendo presente las señaladas restricciones de la información, se realizó un ejercicio teórico tendiente a medir la contribución del programa al cumplimiento de sus objetivos. Como resultado se obtuvo que, al utilizar las estimaciones de brecha disponibles (MINSAL y Banco Mundial), se identifica una contribución del programa, de al menos, un 40% de la brecha del año 2011 comparándola con la estimación de brecha realizada por el MINSAL, y 24% si se considera la brecha proyectada por el Banco Mundial para 2011. Sobre el particular, es necesario considerar las limitaciones de estas cifras ya que la mayoría de las personas que se encuentran en PAO no están registradas en la base de datos debido a que ingresaron al programa antes de 2011. En efecto, mientras más atrás en el tiempo, mayor es la subestimación del número de beneficiarios. En consecuencia, el aumento señalado es sólo una ficción de los datos.<sup>33</sup> Cabe señalar asimismo, que la evaluación no permite concluir que el programa efectúe alguna contribución al cierre de la brecha de odontólogos.

En consistencia con lo anterior, se observan problemas en el diseño, ejecución y gestión de los componentes del programa, entre los más importantes se pueden mencionar:

Se observa duplicidad de componentes. En efecto, el diseño del programa no responde a un análisis técnico que justifique su organización en siete componentes diferenciados. Éstos presentan, en algunos casos, duplicidades en su población objetivo, asimetrías en las reglas de incorporación, reglas jurídicas del becario y cumplimiento del PAO. Si bien varias de estas diferencias se explican por el marco legal que regula el proceso de formación de especialistas, en opinión del panel, debería revisarse una agrupación distinta de componentes tendiente a mejorar la utilización de economías de escala y de ámbito de actividades idénticas que se desarrollan en forma paralela en las variadas líneas de producción y, además, con potenciales ganancias en mejoras al monitoreo y seguimiento de los recursos utilizados.

---

<sup>33</sup> De acuerdo al Programa, la información de la bases de datos es completa para los beneficiarios ingresados a partir de 2011, sin embargo, versiones posteriores de la base de datos han incorporado beneficiarios de dicho periodo no considerados inicialmente y modificado la clasificación por programas de algunos existentes, lo que siembra dudas sobre la completitud y calidad de la información. Asimismo, se encuentran en la base de datos numerosas inconsistencias. Para beneficiarios ingresados con anterioridad a 2011 la información está incompleta, tanto porque hay beneficiarios que no están registrados, como por que los registros existentes no están completos.

En esta línea argumental, un aspecto a destacar es que en los componentes que concentran el mayor número de profesionales en formación, EDF y FORDIR<sup>34</sup>, el programa no cuenta con mecanismos para dirigir la formación hacia las especialidades con déficit. En el caso del EDF, no tiene herramientas para retener a los especialistas post formación, ya que no tienen la obligación de hacer PAO, que representa la contribución al Propósito del programa. El FORDIR, por su parte, es gestionado por los Servicios de Salud lo que implica que el programa no tiene control sobre los criterios de selección de beneficiarios y las especialidades en que éstos se formarán, además de que se observan deficiencias importantes, tales como, la no definición de la población objetivo, no realización de concursos, calidad discrecional en la condición contractual de los beneficiarios.

Igualmente, preocupa que todas las funciones asociadas a la reducción de brechas de horas especialistas del sector, estén concentradas al interior de un departamento que pertenece a la división responsable del tema en la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esto genera que dicho departamento sea hipotéticamente responsable desde definir la brecha a ser reducida, hasta los potenciales instrumentos con los cuales se logra tal objetivo. Lo anterior podría llevar a que la potencial brecha sea subestimada y a una insuficiente generación de especialistas y sub especialistas para cubrir las demandas de la red. Lo señalado, desde el punto de vista de mejorar la transparencia y la mejor gestión, conlleva a un análisis de la necesidad de establecer una separación de funciones.

La evaluación evidencia una insuficiente transparencia en los procesos en lo que se refiere a la relación ASOFAMECH-ACHEO y MINSAL para la adjudicación y selección de beneficiarios, ya que no existen procedimientos formales, estandarizados y debidamente protocolizados. Ello implica también, que el programa no dispone de mecanismos que le permitan establecer mayores y mejores incentivos para aumentar la oferta de formación tendiente, por una parte, a reducir las brechas de horas de especialidades faltantes y, por otra, reducir la oferta de aquellas áreas en las cuales el sistema cuenta con una suficiente dotación.

Se debe destacar la inexistencia de un sistema de indicadores y monitoreo que permita evaluar cuantitativamente el cumplimiento de sus objetivos, necesarios para la gestión del programa y la toma de decisiones informada. A juicio del panel, un impedimento para el cálculo de estos indicadores es la falta de definición de la población objetivo para todos los componentes y su cuantificación. Adicionalmente, el panel no tuvo acceso a información sobre los potenciales demandantes de becas y eventuales cupos vacantes, lo que permitiría caracterizar la demanda por este programa. En razón de lo anterior, no ha sido posible calcular los niveles de cobertura del programa en esta evaluación.

En el análisis de los costos de provisión de los servicios, se debe señalar que para el panel no es posible concluir si el programa tiene un costo razonable ya que en esta evaluación sólo fue posible conocer los recursos que gasta el programa definidos en su presupuesto, así como también los gastos en que incurre la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la gestión del mismo, lo que constituye una parte del gasto total. En la práctica, las unidades ejecutoras (Servicios de Salud y APS municipal) aportan con recursos cuyo monto puede ser importante, a juzgar por el resultado obtenido de una estimación aproximada de estos valores que realizó el panel. En dicho ejercicio se estima que el gasto efectivo del sector salud en la formación de especialistas podría alcanzar a cerca del doble del monto consignado en el presupuesto del programa. Se evalúa que esta subestimación es un aspecto de significativa relevancia que debe

---

<sup>34</sup> La base de datos registró los beneficiarios del CONE mezclados con los del FORDIR hasta el año 2012, por lo que las cifras de este último pueden estar sobreestimadas, en una cantidad que no es posible determinar.

ser subsanado a la brevedad, en orden a conocer el gasto total que significa para el sector salud la formación de especialistas.

Cabe señalar, además, que el programa no conoce los gastos por componente, debilidad importante porque impide conocer el costo de producción de las diferentes líneas de formación, así como las fuentes de financiamiento de éstas, ya que los recursos pueden provenir del presupuesto del programa o de otras líneas presupuestarias de los Servicios de Salud o entidades de administración municipal. En esta materia también se considera que la modalidad de asignación del presupuesto, esto es, en el Subtítulo 21 de los Servicios de Salud, no contribuye a la trazabilidad del gasto ya que éste se ejecuta en los Subtítulos 21, 22 y 24, lo que hace necesario efectuar reasignaciones que no facilitan dicha trazabilidad.

Finalmente, de acuerdo al análisis del diagnóstico y su evolución, se concluye que se justifica la continuidad del programa en tanto su nivel de producción (stock de 2.658 profesionales en formación y 998 en PAO en el año 2013) contribuye al cumplimiento de sus objetivos. No obstante, requiere ajustes de relevancia en su ejecución actual, los que se presentan en la sección de recomendaciones.

### **3. Principales Recomendaciones**

A continuación se presentan las recomendaciones que se refieren a las áreas de diseño y de gestión del programa, las que se presentan en orden de importancia.

#### **1. Identificar adecuadamente la brecha de especialistas y subespecialistas en la red pública de salud.**

Ello implica, en primer lugar, definir y validar una metodología de estimación de brechas y aplicarla para obtener una estimación actualizada de éstas por especialidad y subespecialidad a nivel país, servicio de salud y nivel de atención. Es relevante también que la estimación establezca la diferencia entre médicos y odontólogos. Para efectos de la planificación del programa se debería efectuar una proyección de ésta en el mediano plazo (3 a 5 años) ya que el proceso de formación de especialistas toma al menos 3 años.

**2. Rediseñar los componentes** considerando las necesidades identificadas en la estimación de brecha, buscando hacer más eficiente su implementación, como puede ser la fusión de componentes. Al respecto, se recomienda revisar la conveniencia de que el componente EDF continúe formando parte del programa, ya que sus objetivos no se alinean con los de éste. En el rediseño de componentes se considera necesario que el programa revise los actuales requisitos de ingreso asociados a la experiencia laboral, antigüedad y pagos (remuneración y estipendio), propendiendo a la homogeneidad de éstos.

**3. Generar mecanismos para alinear la oferta formativa con las necesidades identificadas.** Se requiere aumentar el poder de negociación del MINSAL respecto de los actores encargados de la formación (universidades, ASOFAMECH-ACHEO), haciendo más transparentes los procesos. Se propone licitar la compra de cupos a las universidades lo que permitiría al programa establecer los requerimientos de formación en términos de especialidades y número de especialistas, en función de las necesidades de la red pública de salud, de tal manera que sean las universidades quienes adapten su oferta de post título a dicho requerimiento, no sólo en términos de cantidad, sino también en precios.

En esta misma línea de recomendación y en un escenario de oferta limitada de cupos de formación por parte de las universidades para determinadas especialidades, se recomienda aplicar un incentivo económico a las universidades a cambio de una mayor oferta de cupos en aquellas especialidades donde esta oferta sea restringida, las cuales hayan previamente sido definidas como prioritarias por la medición de brechas. Este incentivo podría ser una asignación adicional o sobreprecio que se aplique al arancel general, por concepto de mayor falencia de una especialidad en particular. Tiene como objetivo que las universidades estén más interesadas en ofrecer un mayor número de cupos a la formación de las especialidades que al programa le interese fomentar, en función de la medición de brechas que se manifiestan en la red pública de salud. Una alternativa para operacionalizar esta recomendación es ofrecer aranceles diferenciados por especialidad en un proceso de licitación pública.

**4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y control**, en especial a los procesos de formación y de gasto.

Un aspecto relevante es contar con una base de datos de beneficiarios completa y actualizada. La recomendación implica desarrollar un sistema de información que cubra todos los procesos del programa y permita avanzar desde el sistema de base de datos actual hacia un sistema integrado de gestión de procesos, en que las actividades de cada proceso son realizadas a través del sistema y no en paralelo a éste. Este sistema debería funcionar en red, de manera que los Servicios de Salud y la APS municipal tuvieran acceso a los procedimientos que les competen. El sistema debería tener al menos las siguientes funcionalidades:

- i. Sistema de postulación on-line a los concursos.
- ii. Ficha por beneficiario, que incluya todos los eventos académicos, administrativos y financieros de cada beneficiario, asociados al RUT. En particular, debería incluir todos los gastos en arancel y remuneración (ya sea estipendio o salario y todos los gastos en personal involucrados, como podría ser el costo de la contratación de un reemplazante si es pertinente para continuar la operación habitual en el lugar de trabajo) durante su permanencia en el programa, que incluya y especifique las diferentes fuentes de financiamiento (Programa, SS, entidades de administración de salud municipal).
- iii. El sistema debe permitir el cálculo de los indicadores de gestión.
- iv. Definir un conjunto de datos que deberían ser periódicamente publicados en la página web del MINSAL, para aumentar la transparencia del programa y mejorar su seguimiento y control por parte de las distintas instituciones involucradas.

En lo inmediato se recomienda realizar un catastro exhaustivo de todos los beneficiarios vigentes del programa de manera de asegurar la confiabilidad de los datos con los que se está gestionando el programa.

La recomendación también abarca el seguimiento y control de los procesos de formación por parte de las universidades, lo que implica estandarizar y documentar los procedimientos, de manera que sean auditables.

**5. Generar información de gastos** que permita conocer la real dimensión del costo para el sector salud de los procesos de formación de especialistas (incluyendo gastos SS y APS), con la suficiente desagregación, a lo menos por componente, para poder gestionar adecuadamente el programa. Ello debería incluir también los gastos de administración en que incurre, tanto el

nivel central para gestionar el programa (Subsecretaría de Redes Asistenciales), como las unidades ejecutoras (Servicios de Salud y APS municipal).

Con el fin de tener mayor trazabilidad en el gasto del programa, se recomienda que el presupuesto inicial del programa sea definido en la Ley de Presupuesto como una asignación específica por Servicio de Salud, que contenga glosas para identificar los recursos asignados a gastos en personal, pago de aranceles a las universidades y transferencias a la APS municipal.

En este ámbito, se recomienda que el programa defina, sobre bases objetivas y homogéneas, cuáles serán los conceptos de gasto (estipendios, remuneraciones, aranceles, PAO, tutores) que financiará el programa en las distintas etapas del proceso productivo de los componentes (destinación, formación, PAO), ya sea que los recursos estén consignados en la línea presupuestaria específica de los Servicios de Salud o en el presupuesto general de éstos, de acuerdo a la legislación vigente. La recomendación del panel es que la etapa de PAO no debería formar parte del costo del programa sino del presupuesto del establecimiento donde el profesional se desempeña, ya que está prestando servicios asistenciales como especialista, que igualmente deberían ser financiados por el establecimiento, independientemente de que la persona esté en PAO. Ya sea que el programa decida mantener el EDF dentro de sus líneas de acción, o no, el panel estima que el financiamiento de la etapa de Destinación no debería formar parte del programa porque su objetivo no es consistente con la formación de especialistas.

**6. Separación de funciones y responsabilidades** en lo referente a las definiciones estratégicas del programa para resolver el problema, la cuantificación actualizada de brechas y la implementación de las distintas alternativas de solución. Se considera que es necesario para el desarrollo del programa una perspectiva más amplia que solamente la formación de especialistas, por lo que se propone una gestión separada de los siguientes ámbitos:

- i. *Las definiciones estratégicas* para aumentar las horas de especialistas y sub especialistas en la red pública. En esta instancia se determinarían las distintas alternativas estratégicas destinadas a cerrar las brechas, sus metas anuales, así como los mecanismos de control y seguimiento para evaluar su cumplimiento.
- ii. *La cuantificación actualizada de las brechas de horas.* Instancia encargada de establecer las metodologías y estimación de las brechas por especialidad y subespecialidad a nivel país, servicio de salud y nivel de atención.
- iii. *La implementación de las distintas alternativas de solución para cerrar las brechas.* Considera, entre otras, el programa de formación de especialistas y sub especialistas, la contratación de especialistas nacionales y extranjeros, implantación de políticas de incentivos para aumentar la disponibilidad de especialistas en ciertos servicios y niveles de atención que se busque priorizar para dar respuesta a las políticas sanitarias vigentes.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES  
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN  
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN  
RESPONSABLE**

**AGOSTO 2014**



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
 DIVISIÓN DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS  
 DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
 OFICINA JCG / FGN



159

ORDINARIO C32 N° 3411 /

ANT.: Carta N°143/14 de fecha 05/09/

MAT.: Informe Final evaluación del Programa de Formación de Especialistas

Santiago, 30 SEP 2014

DE : SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES (S)  
 A : JEFA DIVISION CONTROL DE GESTION  
 DIRECCION DE PRESUPUESTO

Se ha recibido en esta Subsecretaría de Redes Asistenciales Carta N°143/14 con fecha 05 de Septiembre de 2014, en la cual solicita respuesta institucional que refleje la opinión respecto del proceso de evaluación en su conjunto y la postura institucional frente a los resultados de la misma.

En respuesta a su solicitud, remito a usted Comentarios al informe final de evaluación del programa de formación de especialistas en Chile periodos 2010 a 2013

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

  
  
 DRA. GISELA ALARCON ROJAS  
 SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES (S)

**DISTRIBUCIÓN:**

- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos
- Oficina de Partes y Archivo

## **COMENTARIOS AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CHILE, PERIODO 2010 A 2013**

Se recibe vía correo electrónico, con fecha 15 de Septiembre, un Informe con 222 páginas entre su cuerpo principal y el conjunto de anexos que completan la evaluación del Programa de Formación de Especialistas en el periodo 2010 a 2013. Por tratarse de una línea gubernamental que se inicia en el año 2007 y se continúa en sucesivos gobiernos, corresponde su evaluación dada la alta importancia estratégica que el programa mantiene en el marco de los compromisos del Programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, en orden a aumentar la formación de especialistas a 4.000 profesionales entre los años 2014 a 2018.

La presente evaluación se inscribe en la gestión del programa en el periodo 2010 a 2013, siendo instruida por la Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y contó con la participación del equipo actual de la Unidad de Destinación y Becas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Su ejecución correspondió a la metodología habitual para la evaluación de programas gubernamentales, basada en la conformación de un Panel de Expertos ad hoc integrado por profesionales con experiencia en salud. Su relevancia radica en la necesidad de conocer el nivel de cumplimiento de sus objetivos, así como las fortalezas y debilidades de un programa que será fortalecido en el presente gobierno en función de las metas presidenciales.

En síntesis, durante el periodo de análisis -según el informe-, se forman un total estimado en 3.333 médicos y odontólogos. Dado que el desafío presidencial es aumentar la capacidad formadora real de especialistas en Chile hasta un número de 1.000 profesionales por año en los próximos cuatro años, se hace necesario optimizar los procesos e instrumentos de gestión contenidos en el programa de formación y para ello esta evaluación es una herramienta fundamental.

En este contexto y para los efectos de complementar el estudio y análisis descriptivo realizado con el panel de expertos durante el proceso evaluativo, de manera de fortalecer el Programa de Formación de Especialistas en su etapa actual, a continuación se entrega un conjunto de Consideraciones Generales y Específicas que buscan contribuir al mejor éxito posible de esta tarea.

## Comentarios Generales

1. La realización de la presente evaluación se produce en un momento de reformulación y perfeccionamiento del Programa de Formación de Especialistas. El análisis con instrumentos específicos contribuye a optimizar algunos de los procesos esenciales del quehacer del Programa e implementar una mejora continua en sus componentes, propósito fundamental de esta evaluación. En sus recomendaciones realizan importantes sugerencias que parecen necesarias de ejecutar, particularmente en lo que se refiere a:
  - a. Diagnóstico de brechas y estandarización de necesidades de especialistas.
  - b. Rediseño de componentes: eliminación, fusión, expansión.
  - c. Incentivos diferenciados para universidades.
  - d. Definición de funciones y cargos en relación al Programa.
  - e. Implementación de sistemas de monitoreo, control y evaluación de procesos y resultados del programa.
  
2. El informe final reúne un alto volumen de datos que es necesario seguir validando para transformarlos en información útil en la toma de decisiones, dada la debilidad observada de los sistemas de registro e información del periodo en estudio. Sin embargo, cabe señalar que en su análisis no se observa que hayan separado adecuadamente el componente programático de “destinación”, como inicio de una carrera funcionaria para profesionales médicos y odontólogos recién egresados, de aquella fase de “formación” propiamente tal, tanto como continuidad de dicha carrera como por la apertura de los distintos componentes de la formación de especialistas en tanto opciones para otros profesionales funcionarios que no ingresan vía el denominado Artículo 8°. Insistimos en esta diferenciación conceptual y metodológica, realizada durante el desarrollo de la evaluación, porque los modelos de atención, la organización de los sistemas de salud en su provisión de servicios y la disponibilidad de recursos presupuestarios pondrán un fuerte énfasis en ambos macro-procesos y como tal serán reorganizados a partir de 2014. Esto obliga a comparar con cautela los modelos organizacionales y procesos involucrados en ambas líneas de trabajo, cuestión que permanentemente observamos en el desarrollo de la evaluación.
  
3. En relación con el análisis presupuestario, el informe aporta una visión macro de los recursos involucrados, desarrollando un análisis econométrico básico hasta su aproximación a costos unitarios. Sin embargo, la metodología de análisis deberá

ser revisada y perfeccionada a efectos de comparar productos y servicios similares y estandarizados, ajustados a los distintos componentes en las dos dimensiones señaladas en el punto anterior. Ello evitará los sesgos propios de los promedios no ajustados y una mejor aproximación a la inversión real de programa en cada uno de sus componentes. Una anotación particular es el análisis de los presupuestos ministeriales y de Servicios de Salud, pues ellos constituyen un solo monto de asignación nacional y cuya ejecución presupuestaria ocurre a través de los Servicios de Salud. En el informe aparece una separación y suma, que debe ser aclarada pues concluye un nivel de gasto equivalente al doble del monto real para el año en estudio.

4. Una última consideración general dice relación con el diseño propuesto de indicadores para monitorear la gestión del programa. Resulta necesario un ordenamiento, sistematización y la implementación de mecanismos de control del programa y éstos deberán expresarse en indicadores de gestión que reúnan la información necesaria para la toma de decisiones. Sin embargo, estos instrumentos deberán servir al propósito de la política pública, evitando sobrepoblar de datos de poca o escasa utilidad. Para ello se requiere profundizar el análisis de los indicadores propuestos por el panel de expertos -dado su volumen y dispersión-, en función de su aplicabilidad al propósito de rediseño que el informe plantea para continuar mejorando el programa. Los indicadores deberán reflejar de manera sencilla y resumida las dimensiones de modelo de atención; gestión administrativa y financiera; y, los resultados del programa en sus principales componentes organizacionales.

**Comentarios Específicos: Destacamos los elementos esenciales que aportan o limitan la evaluación del programa.**

1. El Panel de Expertos realiza un análisis en las distintas dimensiones o componentes del programa, desde una perspectiva fundamentalmente descriptivo-econométrica, caracterizando la distribución absoluta y porcentual de beneficiarios (becados) según componentes (líneas formativas), especialidades, servicios de salud, universidades y sexo. Además se estiman relaciones de brechas entre falentes y formados. Esta descripción será un insumo importante para las modificaciones que se hagan en el Programa.

2. Existe un permanente esfuerzo por parte del Panel de precisar las poblaciones objetivos de los distintos componentes, recalcando las falencias existentes en esta área. Dadas las especificidades de ellos, algunas poblaciones no se han definido adecuadamente debido a la falta de fuentes de información confiables del periodo de análisis y/o a la dificultad de acotar las poblaciones, conformadas por cohortes disimiles según requisitos para ingresar a las distintas líneas formativas.
  
3. El Panel de Expertos explicita que existe una inconsistencia entre las brechas diagnosticadas por especialidad y cupos en formación para periodo de análisis. Así lo señalan *“En efecto, al observar la relación entre los médicos ingresados a formación en el periodo en evaluación y la brecha estimada en 2011, se observa una enorme variación. Por un lado, en Anestesiología ingresaron menos especialistas que la brecha estimada, siendo la única especialidad en la que esto ocurre. En el otro extremo, en la especialidad de Neurología Pediátrica ingresaron 51 becados, para una brecha estimada de solo 4. Llama poderosamente la atención el caso de Medicina de Urgencia, el que consideraba una brecha de solo 18 profesionales, pero que posteriormente fue considerada una especialidad gravemente falente, al punto de ameritar ser incluida en un programa especial”*. Esta descripción releva i) la necesidad de contar con un diagnóstico apropiado y actualizado de las brechas por especialidad, de manera de orientar los esfuerzos del Programa hacia donde las necesidades son mayores; ii) la generación de metas anuales de producción en el Programa, elemento que da pie a evaluar el rol rector y regulador por parte del Ministerio sobre la oferta académica, cuestión que hoy radica esencialmente en la Universidades. Además, este punto se vincularía con los compromisos de gestión de los SS con el Minsal.
  
4. El Panel considera que la existencia de *“diferencias en los requisitos de ingreso al proceso formativo de los distintos componentes, aún cuando existen tienen fundamentos legales, introduce elementos de desigualdad en las condiciones que no cuentan con fundamentación técnica explícita”*. Es evidente que hay diferencias (o desigualdades), pero no constituyen inequidades en el acceso, por cuánto los requisitos son explícitos y públicos, discriminando en bases a méritos. A juicio del Panel, la introducción de elementos de desigualdad en la condiciones puede inferirse como indeseable por no contar con la fundamentación técnica explícita. No obstante, la incorporación de elementos diferenciadores en los requisitos de las distintas líneas formativas obedece a lograr mayor cobertura a los intereses y expectativas de los postulantes, los cuales no siempre son recogidos por análisis

técnicos, aunque son determinantes al momento de ingresar, continuar y mantenerse en un programa de formación académica. En particular el Concurso Becas Primarias, pretender conciliar las necesidades de formación de especialistas con los intereses de innumerables profesionales recién egresados que desean especializarse prontamente y que además son más atractivos para los programas académicos, dado que mantendrían continuidad formativa y ofrecerían mejores resultados (rendimiento académico) para la Universidades.

5. El Panel describe que todos los componentes plantean *“un PAO por un periodo equivalente al doble de la duración de la formación, con excepción del EDF que no exige PAO porque asume que lo reemplaza el desempeño previo en APS en la etapa de Destinación. Sin embargo, al panel le llama la atención esta explicación ya que otros componentes que también exigen desempeño previo en APS sí mantienen la exigencia de cumplimiento de PAO por el doble del período de formación”*. Compartimos que la exigencia de desempeño APS previo a la formación es requisito en todas las líneas formativas. No obstante, la diferencia radica en que el lugar de desempeño en la línea EDF es escogido en forma predeterminada en zonas rurales y algunas urbanas vulnerables que probablemente no atraerían médicos por las dificultades de acceso, carga laboral (ej. Turnos) y nivel de responsabilidad implicados, sin el incentivo de una especialización posterior. Es un continuo laboral y formativo definido desde un comienzo. Para el resto de las líneas formativas, la opción de trabajar en la APS es una iniciativa personal no determinada de antemano y que no se inscribe necesariamente junto al incentivo de una especialización posterior, ya que pueden marginarse autónomamente de la APS, sin pretensiones de especialización.
6. Respecto al análisis de eficiencia en resultados económicos, relevan el *aumento del gasto unitario promedio de los beneficiarios, con importantes variaciones no justificadas y además el bajo gasto administrativo, el cual estaría subvaluado por gastos a nivel operativo (servicios de salud) no consignados*. Promueven además la fusión de algunos componentes para reducir gastos. En esta materia cabe señalar que es necesario revisar en profundidad el análisis por grandes rubros y su distribución a los Servicios de Salud, pues se trata de los mismos recursos que se distribuyen descentralizadamente.
7. Respecto al análisis de diseño del programa, los panelistas señalan una buena relación vertical entre el propósito y el fin del programa, pero relevan que *“Para el*

*resto de los componentes, a excepción de los marcos legales, el panel no ha encontrado razones, técnicas u operativas, que justifiquen esta superposición. En esta perspectiva, no se valida la existencia por separado de todos los componentes del programa*". La separación de líneas formativas obedece a los cambios incrementales de carácter histórico en la formación de especialistas y reflejan las consideraciones que distintos actores relevantes han hecho sobre la construcción del programa. Intenta recoger los múltiples intereses de los profesionales postulantes, por definición heterogéneos lo que implica cierto grado de fragmentación. Por cierto hay superposición y hay que apostar a la integración, pero no se pueden desconocer procesos históricos para explicar diagnósticos actuales, en los cuales razones técnicas y operativas son necesarias, pero insuficientes. Por lo tanto, la sentencia del Panel "no se valida la existencia por separado de todos los componentes del programa", requiere matizarse en un contexto histórico dado. Consideramos que este análisis refleja en parte el desconocimiento esperable de la complejidad de los componentes a nivel operativo (prácticas locales e interacción de los actores con los servicios de salud), lo que queda representado en la sugerencia de considerar la mantención de la EDF como componente del Programa.

8. La evaluación concluye que existen falencias en el monitoreo y control, elementos ya reconocidos en el área de trabajo y cuyo rediseño se encuentra en marcha desde abril de 2014. Sin embargo, los panelistas insisten en la pertinencia de los indicadores propuestos, refieren su validez y utilidad, señalando la falta de medición para un proveer información para la gestión. A nuestro juicio como equipo responsable de Programa en esta etapa de su gestión, el número de indicadores es excesivo. Son 109 indicadores (50/50 médicos y dentistas) distribuidos en distintas dimensiones y categorías, que eventualmente podrían agruparse o eliminarse para facilitar el diagnóstico y ajustes posteriores. En este sentido, y sólo a modo de ejemplo, existen indicadores por componentes cuyo aporte es limitado (ej. Tasa de retención en formación) o que reflejarán cambios en la oferta de los centros formadores frente a los cuales aún existe mínima o nula capacidad de intervención.
9. El Panel plantea que *"sea que el programa decida mantener el EDF dentro de sus líneas de acción, o no, el panel estima que el financiamiento de la etapa de Destinación no debería formar parte del programa porque su objetivo no es consistente con la formación de especialistas"*. Esta afirmación es errónea. El

programa no financia la etapa de Destinación del EDF. Dado que son contratados como funcionarios por los Servicios de Salud, el financiamiento de esta etapa es resorte de estos últimos. El Programa se encarga del financiamiento desde la formación.

10. El Panel sugiere que es posible obtener *“Mayor transparencia, lo que podría lograrse con la aplicación de licitaciones públicas que contengan definiciones explícitas de los requerimientos de formación por especialidades y sub especialidades a nivel nacional y por servicios de salud, lo que permitiría avanzar para que dichas instituciones ajusten su oferta a los requerimientos del MINSAL”*. Esta opción implica reconocer cuáles serían los actores oferentes que podrían formar especialistas, la que esencialmente radica en las universidades y sus cuerpos académicos en alianza con los campus clínicos de la red asistencial. No existen actores con capacidad formadora fuera de las Universidades y/o los referentes formativos de la red asistencial. Levantar un programa de especialización es sumamente complejo, sobre todo en términos de disponibilidad de tutores especializados y con competencias docentes, y de equipamiento tecnológico adecuado y adaptación a nuevas tecnologías. Promover esta iniciativa con oferentes limitados, inmediatamente implica proyectar la evaluación de calidad de los programas a ofrecer, considerando que la producción del programa es a mediano y largo plazo: generar un recurso humano especializado. La alternativa es generar cuerpos formadores no académicos en la propia red asistencial, iniciativa que se está evaluando, pero no bajo un régimen de licitación. Por lo tanto, creemos que la licitación no es una opción viable.

Cordialmente les saluda

**Dr. José Concha Góngora**  
Encargado del Departamento de Formación  
Subsecretaría de Redes Asistenciales – Ministerio de Salud