

**INFORME FINAL
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

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.....	4
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	4
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.	14
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....	17
II. EVALUACION DEL PROGRAMA	20
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	20
2. EFICACIA Y CALIDAD.....	39
2.1. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN).....	39
2.2. RESULTADOS A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS)	41
2.3. CALIDAD (SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EFECTIVOS, OPORTUNIDAD, COMPARACIÓN RESPECTO A UN ESTÁNDAR)	66
3. ECONOMÍA.....	66
3.1. FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS	66
3.2. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA.....	71
3.3. APORTES DE TERCEROS	71
3.4. RECUPERACIÓN DE GASTOS	71
4. EFICIENCIA.....	72
4.1. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES	72
4.2. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES. RELACIONA GASTOS CON PRODUCTOS	72
4.3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.....	75

5. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL	77
6. RECOMENDACIONES.....	80
BIBLIOGRAFÍA	83
ENTREVISTAS REALIZADAS.....	84
ANEXOS DE TRABAJO	86
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.	87
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	89
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN (PERÍODO 2010-2013)	108
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO	122
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA.....	127
ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS	164
ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS.....	165
ANEXO 6: ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS INSCRITOS EN LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD	176
ANEXO 7: LEYES Y ARTÍCULOS RELEVANTES.....	178
ANEXO 8: LISTADO DE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES	183
ANEXO 9: CUADROS RELEVANTES DEL ESTUDIO DEL BANCO MUNDIAL 2010.....	185
ANEXO 10: ANÁLISIS DE INFORMACIÓN DEIS PARA CÁLCULO DE INDICADORES MML.....	190
ANEXO 11: BENEFICIARIOS INGRESADOS A FORMACIÓN AÑO 2010, 2011 Y 2012 POR COMPONENTE Y POR ESPECIALIDAD. MÉDICOS CIRUJANOS Y CIRUJANOS DENTISTAS.....	191
CUADRO 1.....	191
BENEFICIARIOS INGRESADOS A FORMACIÓN AÑO 2010 POR COMPONENTE Y POR ESPECIALIDAD. MÉDICOS CIRUJANOS	191

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

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.”

De acuerdo a lo establecido en la Matriz de Marco Lógico (MML) utilizada en la presente evaluación, el **FIN** del programa se ha definido 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”.

Por su parte, la MML define como **PROPÓSITO** del programa “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”.

Si bien el Propósito no hace mención a los sub especialistas, para efectos de esta evaluación se entenderán incluidos en la acepción “especialistas”, ya que ni los objetivos ni el proceso productivo establecen diferencias entre ambos.

De acuerdo a lo dispuesto en el “Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan” (Decreto N°57 de 2008), se entenderá como (ver Anexo 8):

“Especialidad:

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”.

“Subespecialidad:

Parte de 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”

El Programa de Formación de Especialistas en evaluación, 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, estos

profesionales deben realizar una formación de post título, generalmente de 3 años de duración, que es impartida por las universidades mediante el pago de un arancel. Éste se puede financiar 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. Esta alternativa de formación, de cobertura nacional, es gestionada por el Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos (DFDRH) de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. 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 del programa. Por su parte, la tercera modalidad, 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 real opción para la mayor parte de los profesionales sin especialización.

Para el logro de sus objetivos, el programa se organiza 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, orientadas a diferentes poblaciones objetivo. El proceso productivo de cada uno se puede ver en el Anexo 3.

El proceso de formación está regulado por un convenio suscrito por el Ministerio de Salud, en representación de los Servicios de Salud donde se realizará la especialización por una parte, y la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y Asociación Chilena de Enseñanza de la Odontología (ACHEO)¹ por la otra, el cual establece el número de profesionales que serán formados en las distintas especialidades, los Servicios de Salud donde se realizará la especialización, y el pago a que se obliga el Ministerio de Salud². Los cupos que ofrecen las universidades se proveen mediante concurso público que gestiona el programa, con excepción de los componentes FORDIR cuyos cupos son llenados por los Servicios de Salud, por lo general sin concurso público y Especialidades Gravemente Falentes, cuyos cupos los llena la universidad. 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)³, con la excepción del componente EDF, que define un período de trabajo asistencial obligatorio previo a la formación de especialidad, como médico u odontólogo generalista por al menos 3 años con obligación de

¹ Debido a que no todas las facultades de Odontología forman parte de ACHEO, también se firman convenios con facultades específicas.

² En 2014 el Arancel Académico anual pactado entre ambas instancias es de \$3.900.000 por becario en el caso de los médicos (con excepción del componentes APS 6 años donde el programa paga la mitad del arancel) 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.

³ 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 pública, 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.

lugar de destino. El cumplimiento de esta obligación del PAO está respaldado por una Escritura Pública, donde se establecen la garantía y los costos asociados al no cumplimiento.

En términos generales, el programa proporciona el pago del arancel a las universidades encargadas de la formación, el pago de estipendios a los profesionales en formación llamados becarios, el pago de los tutores (componente APS 6 años) y el PAO en el caso de un componente (APS 3 años). Además, en todos los componentes con excepción del EDF, el programa ofrece un cupo de trabajo en la red pública de salud por el período PAO, lo que trae consigo para ésta, el beneficio de contar con el desempeño de profesionales especializados y para ellos, un puesto de trabajo asegurado una vez finalizado el período de formación. La especificidad por componente se señala más adelante. En forma adicional a los gastos ya señalados que financia el programa, concurren también los Servicios de Salud y las Entidades de Administración Municipal, con el pago de las remuneraciones de los profesionales en comisión de estudios y el PAO de éstos y los becarios, con excepción del componente APS 3 años⁴.

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

1. Definición de necesidades de la red pública de salud (demanda) y capacidades de formación de las universidades (oferta). El programa recibe los requerimientos que hacen los Servicios de Salud de formación de especialistas, realiza las priorizaciones pertinentes y negocia con las universidades para la definición final de los cupos de formación año a año, así como también los aranceles. En esta etapa se realiza la negociación con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda para la asignación de los recursos financieros.
2. Realización de Concursos Públicos para asignar los cupos, de acuerdo a las diferentes modalidades o componentes.
3. Designación de profesionales que serán formados.
4. Pago de aranceles a las Instituciones formadoras.
5. Ejecución de la formación.
6. Realización del Período Asistencial Obligatorio (PAO) una vez concluida exitosamente la formación, con la excepción del componente EDF.

A continuación se describen los componentes.

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

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 50 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. Está dirigido a profesionales médicos y odontólogos titulados el año previo a la fecha del concurso. Aquéllos que son seleccionados deberán cumplir dos etapas: la primera es la Fase de Destinación y consiste en el desempeño como generalistas médicos / odontólogos funcionarios por un lapso no inferior a 3 años en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal, 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, se encuentra en comisión de estudios y su remuneración es financiada por el Servicio de Salud

⁴ El Reglamento de Becarios (Decreto 507 de 1990) establece que el pago del PAO será de cargo de los Servicios de Salud y de las Entidades de Administración Municipal. Constituye una excepción el componente APS 3 años ya que existe evidencia de transferencias de recursos del programa para financiarlo (Ord. 1936 de 3 de Julio de 2013 de SRA).

⁵ Res. Exenta N° 549 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 28 de mayo de 2013.

respectivo. Una vez finalizada la Formación, el profesional especializado no tiene obligación de permanecer en la red pública de salud, sin embargo, tiene la opción de volver con un cargo que le reconocerá su antigüedad incluyendo los años de post título. 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 PAO en el 50% del tiempo de permanencia en dicha etapa del respectivo Servicio de Salud.

Componente 2. Profesionales especializados y contratados por Concurso Nacional de Especialista (CONE)⁶.

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. Está dirigido a los profesionales médicos y odontólogos titulados entre 3 y 8 años previos al ingreso al programa y que además, se hayan desempeñado en el nivel primario de atención al menos tres años. Los profesionales en cuestión pueden optar a una formación de especialistas en calidad de becarios por lo que reciben un estipendio por el tiempo que dure la formación, el que es financiado por el programa⁷. Con posterioridad al período de formación (3 años), los profesionales deberán cumplir un Período Asistencial Obligatorio (PAO) por el doble del tiempo de duración de la formación.

Componente 3. Profesionales especializados y contratados por Concurso Beca Primaria⁸.

Está regido por la Ley 15.076, en particular el artículo 18 del Decreto Supremo N° 507 de 1990, y también se gestiona en forma centralizada por el MINSAL a través de un concurso público. Está destinado a los profesionales médicos y odontólogos titulados durante el año previo al ingreso al programa. Inicia su operación a fines de la década del 70 hasta 2007, año en que se discontinúa y se retoma en 2013. Los profesionales ingresan a su etapa de formación en condición de becarios por lo que reciben un estipendio mensual financiado por 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).

Se inicia en el año 2007. 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 las siguientes especialidades definidas por el programa en las bases de licitación⁹ como prioritarios para la APS: Medicina Familiar, Medicina Familiar Adulto y del Niño, Medicina de Urgencia, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Salud Pública. Los profesionales en formación se encuentran en comisión de estudios y sus remuneraciones son financiadas por los Servicios de Salud o Entidad de Administración Municipal, para posteriormente, una vez terminada ésta, cumplir el PAO en un establecimiento municipal o del Servicio de Salud. 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.

⁶ Res. Exenta N° 846 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2 de septiembre de 2013.

⁷ El artículo 19 del Reglamento 507 establece que el estipendio mensual que percibirá el becario será una cantidad 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. Además, 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. De acuerdo a información entregada por el programa, en el año 2014 el estipendio alcanza a un valor cercano a \$1.400.000 mensuales.

⁸ Res. Exenta N° 1250 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 20 de diciembre de 2013.

⁹ El reglamento no define las especialidades que se considerarán en el componente.

La población objetivo se define como todos los médicos que se encuentren en alguno de los siguientes dos casos¹⁰:

- a) Médicos Cirujanos titulados con posterioridad a 2001, chilenos o extranjeros con residencia definitiva, que estén en la etapa 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).
- b) 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).

Componente 5. Profesionales especializados y contratados por Formación de Médicos de la APS (6 años¹¹).

Se inicia en el año 2008. Está regido por la Ley 19.664 y la Ley 19.378. No se encuentra definida la población objetivo de este componente y el panel no tuvo acceso a las bases de licitación de estos concursos, en caso de que las hubiera, situación que se evalúa inadecuada ya que constituye una limitación para la buena gestión del componente.

La especialización se realiza en alguno de los siguientes programas definidos¹² 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 y su remuneración es financiada por el Servicio de Salud o Entidad de Administración Municipal. A diferencia de los demás componentes, este proceso de formación considera la existencia de un Tutor, que es un especialista en Salud Pública encargado de asistir a los profesionales 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 emplea, discrecionalmente hasta el año 2013, la modalidad de Concurso Público o asignación directa de cupos de formación sólo para los profesionales del Servicio de Salud involucrado o directamente por selección local. Este componente está destinado tanto a la formación de especialistas (para médicos y odontólogos) como de sub especialistas (sólo para los profesionales médicos). En el caso de los primeros, durante su fase de estudios pueden ser considerados becarios o en comisión de estudios, según lo determine el Director del Servicio de Salud en uso de sus atribuciones. En cambio los sub especialistas siempre se encuentran en comisión de estudios, ya que son funcionarios del Servicio de Salud y por ende, su remuneración es financiada por esta entidad. El PAO lo realizan en establecimientos del propio Servicio de Salud por el doble del período de formación. El programa ha definido que este componente, a partir de los concursos que se realicen en 2014 para la formación en 2015, estará destinado a formar solamente sub especialistas. El componente no ha definido su población objetivo.

¹⁰ Res. Exenta N° 906 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 26 de septiembre de 2013.

¹¹ En Octubre de 2013 y conforme a la normativa vigente, la Contraloría General de la República objetó la modalidad formación y devolución (compromiso de desempeño) de este componente, resolviendo mediante el Dictamen N° 65651 que "no se efectúen nuevas convocatorias a este programa de formación en tanto no se regularice su modalidad de desarrollo". El Ministerio de Salud está reformulando el componente para estandarizar tres aspectos: 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 y de los Servicios de Salud implicados y médicos en formación.

¹² Esta definición se realiza en las bases de licitación.

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 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 no continuará abriendo su oferta a partir de 2014, sino que continuará operando con los profesionales en formación, sin que ingresen nuevos, por lo que finalizaría una vez que aquéllos terminen. El componente no ha definido su población objetivo.

En síntesis, el siguiente cuadro da cuenta de la situación contractual de los beneficiarios del programa¹³.

Cuadro 1
Situación contractual de beneficiarios del programa

Componente	Calidad contractual	Fuente Financiamiento Formación	Fuente Financiamiento PAO
1. EDF	Comisión de estudios	Ppto. SS (remuneración)	Ppto. SS
2. CONE	Becario	Ppto. Programa (estipendio)	Ppto. SS
3. Becado Primario	Becario	Ppto. Programa (estipendio)	Ppto. SS
4. APS 3	Comisión de Estudio	Ppto. SS o Adm. Municipal (remuneración)	Ppto. Programa
5. APS 6	Comisión de Estudio	Ppto. SS o Adm. Municipal (remuneración)	Ppto. SS o Adm. Municipal
6. FORDIR	Comisión de Estudio	Ppto. SS (remuneración)	Ppto. SS
7. Espec. Falentes	Becario	Ppto. SS (remuneración)	Ppto. SS

Fuente: Elaboración propia.

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 las segundas se encuentran los requisitos de acceso al proceso formativo, carrera funcionaria, cumplimiento del PAO y especialidades consideradas.

Con relación a los procesos de negociación entre el Ministerio y la ASOFAMECH y ACHEO, parece necesario mejorar su transparencia para obtener potencialmente resultados más eficientes y eficaces asociados a la determinación de cupos totales de formación de especialistas y sub especialistas, tipo de especialidades y distribución geográfica. Los actuales procesos de negociación no contienen actas públicas y formales que permitan realizar un monitoreo y seguimiento de sus distintos acuerdos y avances, con excepción de los contenidos de las bases de licitación de los diferentes componentes, ya sea por parte de los distintos organismos e instituciones públicas responsables de su fiscalización así como del resto de la comunidad. En este contexto, la incorporación de instrumentos ampliamente utilizados en la esfera del sector público nacional e internacional, como las licitaciones públicas, con definiciones explícitas de los requerimientos de formación por especialidades y sub

¹³ El panel infiere la fuente de financiamiento de las etapas de Destinación, Formación y PAO de los distintos componentes, a partir de lo establecido en el Reglamento de Becarios y en información enviada por el programa, archivo "Copia de Presupuesto DIGEPEP 2013 Formación"

especialidades a nivel nacional y por servicios de salud, van en la dirección correcta. Además, su incorporación podría permitir avanzar para que dichas instituciones ajusten su oferta a los requerimientos del MINSAL.

Con respecto a los requisitos para postular a los concursos, 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. Es así como la ley 19.664, que rige el componente EDF, establece la obligatoriedad de tener un desempeño de a lo menos 3 años en el nivel primario de atención para optar a una beca de formación. Este requisito se aplica también al componente CONE. Por su parte, el Estatuto de Atención Primaria (Ley N° 19.378 de 1995) establece también el requisito de ser egresado a lo más con anterioridad de 13 años y con experiencia no menor de 3 años en la APS, o 1 año en el caso de especialización en Medicina Familiar. En lo referente al FORDIR, se requiere experiencia laboral previa en el Servicio de Salud que está otorgando la especialización y en el componente Especialidades Gravemente Falentes, igualmente es requisito la experiencia, aunque no necesariamente en el Servicio de Salud ya que también puede ser fuera de éste.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que la experiencia laboral previa a la formación es un requisito que la legislación establece como deseable, aunque no es excluyente per se. La excepción que se constata en la Beca Primaria tiene fundamento legal pero no una justificación técnica explícita, salvo que, de acuerdo a lo informado por el programa, en el momento de restituirse como alternativa de formación (año 2013), se consideró que no aplicar el criterio de experiencia previa le permitiría al programa contar con especialistas en un plazo más breve. Sin embargo, esta ventaja es válida sólo hasta el año en que el componente entre en régimen, es decir, tres años después de haberse iniciado, lo que corresponde al año 2016. Otro antecedente que se tuvo presente en su restitución fue facilitar tanto los deseos de formación de las personas recién egresadas, como el interés de las escuelas de medicina que desean entregar becas a los profesionales recién salidos de sus aulas bajo la hipótesis de disponer de especialistas en menor plazo y favoreciendo la continuidad de estudios que algunas programas formativos prefieren.

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 becario¹⁴ (componentes CONE, Beca Primaria, FORDIR¹⁵ y Especialidades Gravemente Falentes) en tanto el resto responde a la modalidad Comisión de Estudios¹⁶. Ello implica diferencias en los ingresos que reciben las personas durante el período de formación¹⁷.

El reglamento de becarios 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 además, que el estipendio mensual que percibirá el becario será una cantidad equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo de un

¹⁴ Reglamento de Becarios de la Ley N° 15.076.

¹⁵ Es facultad del director del Servicio de Salud determinar la calidad de becario o comisión de estudio.

¹⁶ Reglamento sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en el Programa de Especialización, Ley N° 19.664. Decreto N°91 de 2001.

¹⁷ 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 \$1.800.000 mensuales.

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. Finalmente añade que 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.

Por su parte, 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 trienios¹⁸.

En función de lo señalado, 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. 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 considera que esta explicación no es pertinente ya que este desempeño es en calidad de médico general y no especialista, por lo que está fuera del objetivo del programa. Además, existen otros componentes que también exigen desempeño previo en APS y sin embargo mantienen la exigencia de cumplimiento de PAO por el doble del período de formación. Por tanto, la permanencia del EDF como uno de los componentes es una materia que requiere mayor discusión a nivel ministerial, ya que su diseño responde a una lógica anterior a la del programa en evaluación, donde se combina la necesidad de contar con médicos generales en zonas apartadas (etapa de Destinación) con la de formar especialistas (etapa de Formación). Se deberá tener presente en esta discusión que, la no existencia de PAO en el EDF es una característica que no contribuye al logro del Propósito del programa, en tanto no aumenta de la disponibilidad de horas de especialistas en la red pública de salud, aspecto central de los objetivos del programa. 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.

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. No obstante, debe tenerse presente que la fragmentación actual de componentes obedece a los cambios incrementales de carácter histórico en la

¹⁸ 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.

formación de especialistas y reflejan las consideraciones que distintos actores relevantes han hecho sobre la construcción del programa, situación que ayuda a comprender el actual diseño 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.

Normas legales que regulan al Programa

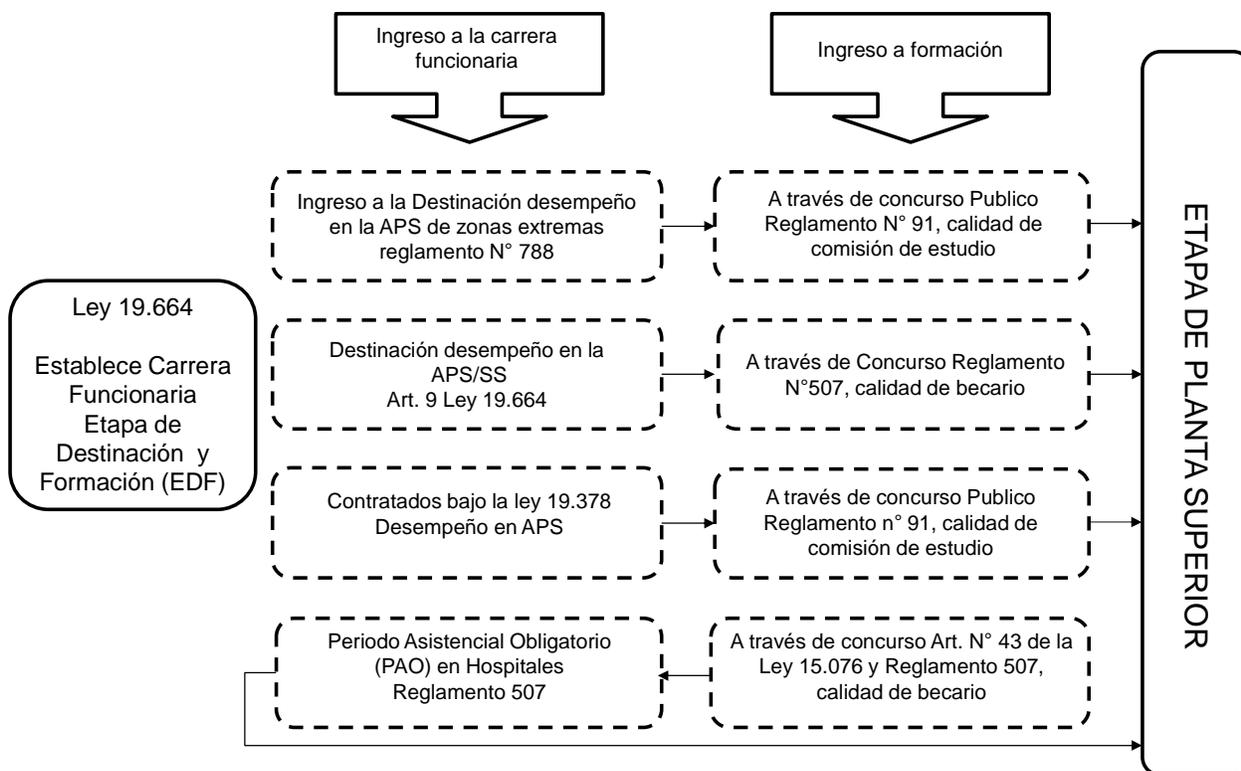
El marco legal del programa está constituido por las siguientes leyes:

- **Ley N°15.076** de 1962, establece estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bío-Químicos y Cirujanos Dentistas. En lo principal, el artículo 43 establece las condiciones bajo las cuales se otorgarán las becas de perfeccionamiento de la especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica, la duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años, el monto mensual de la beca así como otros beneficios como las imposiciones previsionales y la asignación familiar.
- **Ley N° 19.378** de 1995, establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. En lo relevante:
 - El artículo 5° clasifica al personal en categorías funcionarias tales como a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas y b) Otros profesionales.
 - El artículo 42, para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, reconoce como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.
 - El artículo 43 establece que los profesionales a que se refieren las letras a) y b) del artículo 5° podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización, durante todo su desempeño funcionario. Dicha participación consiste en comisiones de servicio, con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen, por lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado.
- **Ley 19.664** de 2000, establece normas especiales para profesionales funcionarios de los Servicios de Salud y modifica la Ley N° 15.076. En lo atinente:
 - El artículo 5° señala que los profesionales funcionarios no directivos que desempeñen jornadas diurnas en los establecimientos de los Servicios de Salud quedarán sujetos a la carrera funcionaria, la que estará estructurada en dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación y la Etapa de Planta Superior.
 - El artículo 10 establece que será requisito esencial para acceder a programas de especialización haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal. Asimismo, los programas de especialización no podrán tener, en forma continuada o por acumulación de períodos discontinuos, una duración inferior a un año ni superior a tres y los profesionales funcionarios serán incorporados mediante comisiones de estudio.
 - El artículo 12 define que los profesionales funcionarios que accedan a programas de especialización financiados por las entidades empleadoras o por el Ministerio de Salud tendrán la obligación de desempeñarse en los organismos a que pertenecen, a lo menos, por un tiempo similar al de duración de los programas, salvo acuerdo entre Servicios de Salud para cambio de destinación. El profesional que no cumpla

deberá reembolsar los gastos originados con motivo de la ejecución de los programas y aquéllos derivados del incumplimiento, para lo cual constituirá una garantía equivalente a estos gastos incrementados en el 50%, cuando corresponda. El profesional que no cumpla su obligación deberá, además, indemnizar los perjuicios causados por su incumplimiento. Además, quedará impedido de reingresar a la Administración del Estado hasta por un lapso de seis años.

- **Ley 19.937** de 2004, modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión, fortalecer la participación ciudadana e introduce un sistema de certificación de especialidades.
- **Decreto N° 788** del 2000. Reglamento sobre ámbito de aplicación, dotaciones y plantas profesionales, e ingreso a la etapa de destinación y formación de la carrera funcionaria de los profesionales funcionarios afectos a la Ley N° 19.664.
- **Decreto Supremo N° 8 del 2013**, modificación del DS N°57 de 2007, de Certificación de Especialidades Médicas y Odontológicas.
- **Reglamento N° 507** de 1990, “Reglamento de becarios de la Ley 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud”.
- **Reglamento N° 91** del 2001, sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en Programas de Especialización Ley N° 19.664.

El esquema siguiente muestra las distintas normas legales que regulan la formación de especialistas en Chile.



Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL (2013a)

2. Caracterización y cuantificación de población potencial¹⁹ y objetivo²⁰.

En el caso de este programa es necesario distinguir entre 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 resolutoria 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, 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 (ver Cuadro 2).

Cuadro 2
Poblaciones Potencial y Objetivo Primarias. Período 2010-2013

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2010	12.731.506	12.731.506	100%
2011	13.202.753	13.202.753	100%
2012	13.377.082	13.377.082	100%
2013	n.d.	n.d.	
%Variación 2010-2012	5,1%	5,1%	

Fuente: Fondo Nacional de Salud. Estadísticas Demografía. www.fonasa.cl, consultado el 10 de mayo de 2014

La población secundaria (o derivada) es, en este caso, aquélla que recibe directamente los beneficios del Programa, vale decir los médicos y odontólogos que acceden a becas de especialización mediante el programa. De esta forma, podemos definir la población potencial secundaria como todas las personas con título de Médico Cirujano o Cirujano Dentista y que no cuenten ya con una especialización²¹. La población objetivo secundaria, por su parte, difiere en cada componente, ya que el programa ha definido requisitos específicos para acceder a ellos. En términos generales, éstos se refieren a la existencia o no de experiencia laboral previa al ingreso al respectivo componente. No se establecen formalmente requisitos de edad para entrar al proceso formativo u otras variables, como podría ser el sexo de los postulantes.

El programa cuenta con una estimación de la población objetivo solamente para el componente EDF, no así para el resto de los componentes.

A continuación se describen las poblaciones objetivo de los distintos componentes del programa, basándose en los requisitos establecidos en sus respectivos concursos.

¹⁹ Población potencial: corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y por ende pudiera ser elegible para su atención.

²⁰ Población objetivo: población que el programa tiene considerado / planificado atender. Si el problema o solución que aborda el programa tiene relación con un bien público de alcance nacional o mayor, revisar la pertinencia de analizar en detalle la población potencial y objetivo (Ver Notas Técnicas, DIPRES, en la siguiente ruta: www.dipres.cl/sistema de evaluación y control de gestión/Publicaciones).

²¹ Excepto en el caso del FORDIR, que permite que médicos y odontólogos que ya cuentan con una especialidad realicen una sub especialización.

Componente 1

Etapa de Destinación y Formación 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. El programa cuenta con información de esta población objetivo para los años 2010 a 2012 (ver Cuadro 3).

Cuadro 3
Población Potencial y Objetivo EDF Médicos. Período 2010-2013²²

Año	Población Potencial	Población Objetivo ²³
2010	n.d.	1.077
2011	n.d.	1.355
2012	n.d.	1.036
2013	n.d.	n.d.
% Variación 2010-2012		-3,8%

Fuente: Consejo Nacional de Educación. Titulados de Medicina 2005-2012.

Componente 1

Etapa de Destinación y Formación Odontólogos

La población objetivo se define como todos los Cirujanos Dentistas titulados en el último año previo al ingreso al programa, chilenos o extranjeros con residencia definitiva. El programa cuenta con información de esta población objetivo para los años 2010 a 2012 (ver Cuadro 4).

Cuadro 4
Población Potencial y Objetivo EDF Odontólogos. Período 2010-2013²⁴

Año	Población Potencial	Población Objetivo
2010	n.d.	686
2011	n.d.	761
2012	n.d.	889
2013	n.d.	n.d.
% Variación 2010-2012	n.d.	29,6%

Fuente: Consejo Nacional de Educación. Titulados de Odontología 2005-2012.

Componente 2

Concurso Nacional de Especialistas Médicos (CONE)

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. El programa no cuenta con

²² La fuente original no contiene información para el año 2013. El programa entregó una estimación basada en el promedio de los años anteriores pero se prefirió utilizar sólo los datos primarios y estimar la variación entre 2010 y 2012 por considerar que el promedio de los años anteriores no es un buen proxy.

²³ Estas cifras corresponden a los egresados el año previo. No se dispone de la información de cuántos de ellos aprobaron el EUNACOM, por tanto es una estimación de la población objetivo.

²⁴ La fuente original no contiene información para el año 2013. El programa entregó una estimación basada en el promedio de los años anteriores pero se prefirió utilizar sólo los datos primarios y estimar la variación entre 2010 y 2012, por considerar que el promedio de los años anteriores no es un buen proxy.

una estimación de la población objetivo de este componente ya que se requiere conocer los egresados de medicina de los años previos a 2004, información que no está disponible. Además no es posible reconocer en forma sistemática quiénes efectivamente cumplen con requisitos de postulación (por ejemplo, periodo de desempeño en APS).

Componente 2

Concurso Nacional de Especialistas Odontólogos (CONE)

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. El programa no cuenta con una estimación de la población objetivo de este componente ya que se requiere conocer los egresados de medicina de los años previos a 2004, información que no está disponible. Además, no es posible reconocer en forma sistemática quiénes efectivamente cumplen con requisitos de postulación (por ejemplo, periodo de desempeño en APS).

Componente 3

Beca Primaria 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. Este programa sólo tuvo ingreso de postulantes el año 2013, para el cual no se cuenta con datos de la población objetivo.

Componente 3

Beca Primaria Odontólogos

La población objetivo se define como todos los Cirujanos Dentistas titulados en el último año previo al inicio de la formación, chilenos o extranjeros con residencia definitiva. Este programa sólo tuvo ingreso de postulantes el año 2013, para el cual no se cuenta con datos de la población objetivo.

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:

- a) 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).
- b) 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 dispone de información confiable de médicos extranjeros ni para médicos APS, lo que limita la obtención de poblaciones para Formación APS de 3 y 6 años. Se exploró una aproximación mediante datos de la rendición de EUNACOM para médicos, pero ésta no permite distinguir ni año de titulación ni tiempo de desempeño en APS para extranjeros.

Componente 5

Formación de Médicos de la APS (6 años)

El panel no tuvo acceso a las bases de estos concursos, por lo cual no es posible describir ni cuantificar la población objetivo de este componente. El panel no puede afirmar que las bases existen, ya que, pese a solicitarlas, no le fueron proporcionadas por el programa.

Componente 6

Formación Directa por los Servicios de Salud (FORDIR)

La población objetivo de este componente no se encuentra definida ni tampoco cuenta con bases de licitación que permitieran al panel definirla.

Componente 7

Formación de Especialistas Gravemente Falentes

La selección de los especialistas que serán formados en este componente la realizan las universidades y ésta no se hace por concurso, por lo que no es posible describir, mucho menos cuantificar, la población objetivo de este componente. De acuerdo a información proporcionada por el programa, esta población requiere ser revisada y actualizada acorde a la evaluación de los programas actualmente en curso y a las nuevas necesidades de formación que puedan surgir para realizar modificaciones.

Se evalúa que las poblaciones potencial y objetivo primaria del programa están bien definidas (beneficiarios FONASA que se atienden en la red pública de salud y que demandan atenciones médicas y odontológicas especializadas en establecimientos de esta red), ya que la producción del programa va en directo beneficio de esta población al contribuir al cierre de brechas de especialistas y, de esa manera, incrementar la satisfacción de la demanda de los usuarios de la red pública por estos servicios.

En relación a la población potencial secundaria o derivada, que es la que recibe directamente los beneficios del Programa, definida como todas las personas con título de Médico Cirujano o Cirujano Dentista que no cuenten ya con una especialización, con excepción del componente FORDIR que admite profesionales ya especializados para realizar una sub especialización, se evalúa que está bien definida porque da cuenta de los objetivos del programa.

La población objetivo secundaria varía según componente y, a juicio del panel, no está claramente definida en todos los componentes como se desprende de la descripción presentada más arriba, lo que además impide su cuantificación. Por otro lado, existe un alto grado de superposición entre los componentes del programa y no hay una justificación clara de por qué en algunos se exige un requisito de experiencia previa y a otros no, factor que determina que estas poblaciones sean diferentes.

Finalmente, el no contar con una cuantificación de la población objetivo secundaria impide al programa conocer su real capacidad de crecimiento, tanto para los componentes individuales como para el programa como un todo.

3. Antecedentes presupuestarios

El presupuesto del programa está constituido por recursos consignados en el subtítulo 21 del Presupuesto de los Servicios de Salud, destinado a financiar el pago de aranceles a las universidades y el pago de estipendios a los becarios mientras dure su período de formación, además del PAO en el caso de los beneficiarios del componente APS 3 años. Para el financiamiento de los componentes de APS, los Servicios de Salud son los encargados de efectuar la transferencia a la APS a través del Subtítulo 24.

La segunda fuente de financiamiento la constituyen los recursos que aporta el nivel central del Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales) para la gestión del programa y que se encuentran incluidos en el presupuesto de dicha Subsecretaría. Incluyen al personal a cargo de éste (Subtítulo 21) y los gastos en bienes y servicios de consumo (Subtítulo 22), tales como la convocatoria de los concursos mediante publicaciones en medios de prensa de circulación nacional, pago de arriendo de locales donde se realiza la adjudicación de becas a viva voz y

gastos generales en comunicaciones y materiales de oficina, entre otros. Este financiamiento es una estimación realizada por el Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos de Salud.

Adicionalmente, una tercera fuente de financiamiento corresponde a los gastos en que incurren los Servicios de Salud con cargo a su presupuesto y que dicen relación con el pago de las remuneraciones de los profesionales en comisión de estudios mientras dura su período de formación, y el PAO de los profesionales ya formados mientras se desempeñan en el respectivo Servicio de Salud. Este financiamiento no ha sido identificado ni cuantificado por el programa.

En el año 2013 el presupuesto del programa alcanzó a M\$ 46.130.757, de los cuales el 99,6% corresponde al presupuesto en los Servicios de Salud para la ejecución de componentes y el 0,4% restante refleja el gasto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la gestión del programa.

A objeto de representar la importancia relativa del presupuesto del programa comparada con el presupuesto inicial de la institución responsable, se estimó conveniente efectuar dicha comparación en tres escenarios diferentes debido a que, el parámetro tradicionalmente utilizado, que en este caso sería el Presupuesto del Ministerio de Salud, arrojaría resultados no representativos a causa del alto volumen de recursos que éste implica.

En el primero de ellos, (ver Cuadro 5) se compara el presupuesto inicial del programa de los Servicios de Salud, con el presupuesto inicial de éstos, para cada uno de los años evaluados.

Como se puede apreciar, el presupuesto del programa presenta un aumento de 127% entre 2010 y 2013, en tanto que el presupuesto de los Servicios de Salud crece en 21% en el mismo período. Por su parte, la participación del programa en éste es de 0,65% en el año 2010, la que experimenta un aumento en el período hasta situarse en el 1,21% en el año 2013.

Cuadro 5
Presupuesto del programa asignado a los Servicios de Salud
y relación con Presupuesto total de los Servicios de Salud
2010-2013 (miles de \$ año 2014)²⁵

Año	Presupuesto del Programa Asignado a los Servicios de Salud (a)	Presupuesto Total Servicios de Salud (b)	Participación del programa en el presupuesto de los Servicios de Salud (%) (a/b)
2010	20.308.043	3.131.033.031	0,65%
2011	23.525.673	3.240.761.958	0,73%
2012	39.952.005	3.470.379.299	1,15%
2013	46.130.757	3.802.175.111	1,21%
% Variación 2010-2013	127%	21%	

Fuente: Programa de Formación de Especialistas, SRA, MINSAL

Teniendo en consideración que los gastos que financia el presupuesto asignado a los Servicios de Salud corresponde básicamente al pago relacionado con recursos humanos (formación, estipendios y remuneraciones), se ha estimado que una comparación más ajustada se obtiene

²⁵ Incluye el Presupuesto del Programa Contingencias Operacionales donde se consignan los recursos de expansión del programa.

al relacionar el presupuesto del programa que se transfiere a los Servicios de Salud con el presupuesto de recursos humanos de éstos (Subtítulo 21), la que se muestra en el cuadro siguiente.

Como era esperable, esta relación aumenta con respecto a la comparación con el presupuesto total de los Servicios de Salud, situándose en cerca del 3% en el año 2013, porcentaje que crece sostenidamente desde 2010 hasta casi duplicarse (ver Cuadro 6).

Cuadro 6
Presupuesto del programa asignado a los Servicio de Salud
y relación con Presupuesto Subtítulo 21 de los Servicio de Salud
2010-2013 (miles de \$ año 2014)²⁶

Año	Presupuesto del Programa Asignado a los Servicios de Salud (a)	Presupuesto ST 21 Servicios de Salud (b)	Participación del programa en el presupuesto ST 21 de los Servicios de Salud (%) (a/b)
2010	20.308.043	1.273.074.279	1,60%
2011	23.525.673	1.322.362.211	1,78%
2012	39.952.005	1.434.341.580	2,79%
2013	46.130.757	1.564.376.260	2,95%
% Variación 2010-2013	127%	23%	

Fuente: Programa de Formación de Especialistas, SRA, MINSAL

Como una tercera relación, se consideró pertinente comparar el gasto de gestión del programa que es financiado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales con el presupuesto inicial de los gastos en personal (Subtítulo 21) y Bienes y Servicios de Consumo (Subtítulo 22) de dicha subsecretaría. Se optó por no considerar el total del presupuesto de esta entidad en la comparación, debido a que éste incluye las transferencias por concepto de inversión que se hacen a los Servicios de Salud, cuyos elevados montos distorsionarían la comparación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales destinó recursos de los subtítulos 21 y 22 de su presupuesto para la gestión del programa por un monto cercano a MM\$ 200 en el año 2013, cifra que aumentó en 66% en el período evaluado. La participación porcentual de este gasto respecto del total del gasto Subtítulo 21 y 22 de dicha Subsecretaría, alcanza a 0,9% en 2013, porcentaje que se ha mantenido estable en torno al 1,0% en el período, con excepción del año 2012 en que sube a 1,8%. En ese año se experimenta un fuerte aumento a casi el doble del gasto del programa en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo que podría explicarse por el comportamiento de la producción del programa, ya que se observa un aumento importante en los beneficiarios que ingresan al programa en ese año, desde 659 beneficiarios de 2011 a 877 al año siguiente (ver cuadro 7).

²⁶ Incluye el Presupuesto del Programa Contingencias Operacionales donde se consignan los recursos de expansión del programa.

Cuadro 7
Presupuesto del programa
Financiado por Subsecretaría de Redes Asistenciales
2010-2013 (miles de \$ año 2014)²⁷

Año	<i>Presupuesto del Programa Subsecretaría de Redes Asistenciales (a)</i>	<i>Presupuesto Subsecretaría de Redes Asistenciales ST 21 y 22 (b)</i>	<i>Participación del programa (SRA) en el presupuesto ST 21 y 22 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (%) (a/b)</i>
2010	116.857	11.429.595	1,0
2011	142.491	14.752.531	1,0
2012	287.283	16.023.432	1,8
2013	193.540	21.307.010	0,9
<i>% Variación 2010-2013</i>	65,6%	86,4%	

Fuente: información del Programa Formación de Especialistas, SRA, MINSAL

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El programa de Formación de Especialistas en evaluación, 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. Tal demanda insatisfecha, o brechas de atención de especialistas médicos y odontológicos, se inscriben en el siguiente contexto del sector salud y del sistema educacional universitario de formación de especialistas.

1.1 Contexto del Sistema de Salud

El Ministerio de Salud es el ente rector del sector salud en Chile, encargado de dictar las políticas públicas en la materia. También cumple un rol de prestador de servicios sanitarios a través de la gestión de los establecimientos asistenciales que componen la red pública de salud. El Programa en evaluación se inscribe en el rol de rectoría del Ministerio de Salud y en el de prestación de servicios. La función rectora en un sistema de salud mantiene un estrecho vínculo con la función de generación de recursos, en este caso humanos, como establece el marco conceptual de la OMS sobre funciones y objetivos de un sistema de salud.

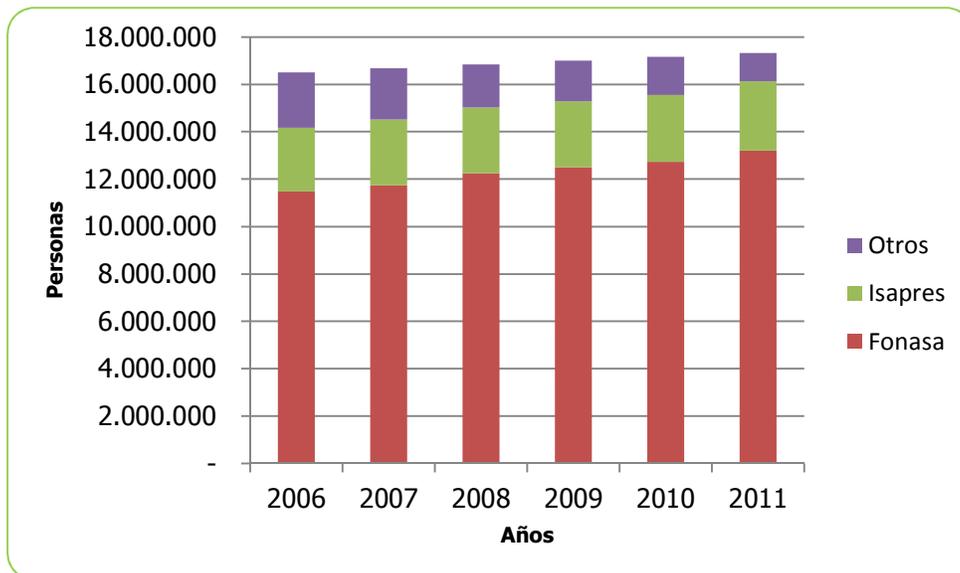
El sistema de salud chileno es de carácter mixto, en donde los sectores público y privado participan tanto en el financiamiento (seguros) como en la prestación de servicios de salud.

²⁷ Incluye el Presupuesto del Programa Contingencias Operacionales donde se consignan los recursos de expansión del programa.

En el área del financiamiento, los trabajadores dependientes están obligados a cotizar un 7% de su renta con un tope imponible mensual de UF 7,2 ya sea que elijan hacerlo en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) entidad pública encargada de gestionar el financiamiento del sector, o en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), encargadas del seguro privado de salud. Este aspecto, la posibilidad de competir y compartir a nivel agregado una de las principales fuentes de financiamiento, es lo que le otorga el carácter de mixto al sistema de salud. Sin embargo, dicha competencia está limitada por la siguiente característica: el FONASA está obligado a afiliar a todas las personas que deseen pertenecer sin restricción de edad, sexo y condición de salud. En cambio, las ISAPRES no tienen obligación de afiliar pudiendo impedir el acceso a personas por las variables anteriormente señaladas²⁸.

Al analizar la distribución de la población nacional entre los distintos seguros previsionales de salud, se obtiene que en el año 2011, un 76,2% de ellos está afiliado a FONASA (13.102.753 personas), un 16,9% a ISAPRES y el 6,9% restante son particulares, Fuerzas Armadas y personas no aseguradas. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1
Distribución de la población en los Seguros Previsionales de Salud, Diciembre de 2011



Fuente del gráfico: elaboración propia en base a datos del FONASA, www.FONASA.cl, y la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

En el caso del FONASA, los cotizantes pueden ser clasificados en los grupos A, B, C y D, lo que es función de la renta imponible de las personas y del número de personas que formen parte del grupo familiar. El grupo de ingreso en el cual es clasificada la persona determina el porcentaje de copago en la llamada Modalidad de Atención Institucional (MAI). Es esta modalidad de atención la que permite obtener el acceso a los prestadores de salud de la red pública en sus distintos niveles de complejidad y conocidos como pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), donde se expresa la demanda por prestaciones médicas y odontológicas especializadas. El Grupo A, no cotizante, puede acceder también a esta modalidad de atención en forma gratuita. A diciembre de 2011, la mayoría de las personas

²⁸ Adicionalmente, existe una diferenciación para las enfermedades provenientes del mundo laboral, conocidas como enfermedades del trabajo y accidentes laborales, caso en el cual tanto el aseguramiento como la provisión de prestaciones están concentrados en el Sistema de Mutuales de empleadores que operan como seguros y un asegurador público ad-hoc (el Instituto de Seguridad Laboral - ISL), dependiente del Ministerio del Trabajo.

pertenecían al grupo B y A con una participación de un 31,1% y 29,5%, respectivamente. Después se ubica el grupo C con un 21,9% y el D con un 17,1%.

Por otra parte, los cotizantes del FONASA y sus cargas pueden acceder a la Modalidad de Libre Elección (MLE)²⁹, modalidad en la cual los prestadores de salud establecen un convenio con el FONASA y se clasifican en uno de los tres grupos establecidos para esos fines: nivel 1, nivel 2 y nivel 3. En esta modalidad, el copago que se realiza por las distintas prestaciones no depende del grupo de ingreso sino que es función, en lo principal, de dos variables: la primera es el nivel arancelario en cual se inscriben los prestadores, entre mayor sea el nivel, superior es el copago. La otra variable es el tipo de prestación a comprar pues las prestaciones ambulatorias en general tienen menor copago que las hospitalarias.

Respecto a la participación relativa en la compra de prestaciones, en el año 2011 los beneficiarios del FONASA destinaron MM\$ 2.921.032 (en moneda de 2014) a la MAI y a la MLE MM\$ 495.976 (en moneda de 2014), esta última representando un 14,5% del gasto total en ambas modalidades de atención³⁰.

Es decir, los asegurados del FONASA realizaron gran parte de sus prestaciones en la red pública de prestadores y, por ende, las demandas no cubiertas se generarían en los establecimientos de la red pública de salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud y en los pertenecientes a la Atención Primaria de Salud).

1.2 Contexto del sistema de formación de especialistas

El sistema educativo de formación universitaria del país está estructurado en dos niveles. En el nivel de pregrado los estudiantes de las Escuelas de Medicina y de Odontología se capacitan para atender como Médicos y Odontólogos Generales. La formación de especialista se recibe en un post título que los capacita para desempeñarse como especialistas en los establecimientos asistenciales y de esa manera resolver la demanda que la población requiere.

La formación médica de pregrado en Chile tiene una duración de 7 años, al cabo de los cuales se egresa con el título de Médico Cirujano y el grado académico de Licenciado en Medicina³¹. En la actualidad existen 28 facultades que imparten la carrera de medicina, de las cuales 18 forman parte de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).

Si bien el título de Médico Cirujano habilita para ejercer la medicina en Chile, para ser contratado en el sector público o para poder entregar atención en la MLE del FONASA, los médicos tienen que aprobar el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM). Éste fue instituido el año 2009 por la Ley N° 20.261, reemplazando al Examen Médico Nacional (EMN), de carácter voluntario y que funcionó entre los años 2003 y 2008.

La carrera de odontología, por su parte, tiene una duración de 6 años³², al cabo de los cuales el estudiante adquiere el grado académico de Licenciado en Odontología y el título de Cirujano Dentista. La carrera se imparte en 34 facultades, pertenecientes a 20 universidades³³. A diferencia de la carrera de medicina, no existe un examen posterior a la titulación.

²⁹ Son cotizantes los beneficiarios FONASA clasificados en los grupos B, C y D. El grupo A no es cotizante.

³⁰ Fuente: Ejecución presupuestaria de los programas de Atención Primaria, Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales, valores actualizados a moneda 2014, ver <http://www.dipres.gob.cl/574/multipropertyvalues-15460-20971.html>, y FONASA, www.fonasa.cl.

³¹ Este último se obtiene al aprobar el quinto año.

³² Excepto en la Universidad de Concepción, donde tiene una duración de 5 años y medio

³³ Cartes - Velásquez (2013)

La formación de especialistas médicos y odontológicos gestionada por el gobierno central se inicia en Chile en los años cincuenta con los programas de “Residentes Becarios” y “Médicos Generales de Zona”, antecesores de los actuales programas de Becas Primarias y EDF, respectivamente. Al mismo tiempo, en 1954, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile crea su Escuela de Graduados. Posteriormente, en 1984, se constituye la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM), en la que participan el Ministerio de Salud, las universidades, las sociedades científicas y el Colegio Médico³⁴.

La Ley 19.937 del año 2004, sobre Autoridad Sanitaria, asignó al Ministerio de Salud el deber de “establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud y a la Superintendencia de Salud, la función de mantener registros públicos de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y subespecialidades y de las entidades certificadoras.

De acuerdo con lo anterior, con fecha 6 de noviembre de 2008, se publicó en el D.O. el Decreto Supremo Nº 57/2007, sobre certificación de especialidades y subespecialidades médicas y odontológicas, que contiene normas destinadas a definir el sistema permanente de certificación y normas transitorias orientadas a la implementación gradual y razonable de dicho sistema.

En la actualidad y hasta diciembre de 2015, el sistema de certificación de especialistas se encuentra en su Régimen Transitorio. Éste considera las siguientes alternativas para los antiguos especialistas para ser inscritos como tales:

- a. Para los que posean un título o grado académico relativo a especialidades o subespecialidades otorgado por una Universidad del Estado o reconocida por éste, hasta el 31 de diciembre de 2012.
- b. Para los que posean un certificado extendido por las corporaciones de derecho privado CONACEM o CONACEO³⁵, hasta el 31 de diciembre de 2012.
- c. Quienes mantengan un convenio vigente con el FONASA para la atención en la MLE y en él sean reconocidos como especialistas o sub especialistas, hasta el 06 de noviembre de 2008.
- d. Quienes se hayan desempeñado como especialistas o sub especialistas durante a lo menos cinco años en establecimientos asistenciales del SNSS, certificado por el Director del Servicio de Salud en el cual preste sus servicios, hasta el 06 de noviembre de 2008.

Para los nuevos especialistas, las opciones son:

- a. Egresar de la formación de especialidades o subespecialidades de un programa de post grado de una Universidad del Estado o reconocida por éste.

³⁴ Actualmente, existen tres formas de obtener la acreditación de especialista por parte de la CONACEM, a saber:

1. Programa Universitario (PU), se refiere a haber completado un programa de postítulo universitario (usualmente de dos a tres años de duración) acreditado por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y/o una agencia acreditadora debidamente autorizada por la Comisión Nacional de Acreditación. (Fuente: www.conacem.cl)

2. Adiestramiento en Práctica (AP), es haber adquirido la capacidad necesaria mediante el trabajo institucional, efectivo y comprobado en Hospitales Tipo 1 o equivalente en complejidad pertenecientes al MINSAL o docente asistenciales, que el Comité estime adecuado para la formación de Post Grado, por un período ininterrumpido no menor de cinco años, y con un mínimo de 22 horas semanales.

3. Formación en el extranjero (FE), los especialistas formados mediante AP y FE deben rendir exámenes teóricos y prácticos ante la CONACEM. Algunas especialidades exigen el cumplimiento de requisitos adicionales como horas de práctica o número de atenciones realizadas.

4. Sin perjuicio de los requisitos anteriores, para obtener la certificación en cualquiera especialidad, el postulante deberá cumplir, además, los requisitos específicos complementarios de cada especialidad, y el Comité correspondiente podrá exigir las evaluaciones, pruebas y antecedentes que estime conveniente, con el acuerdo del Directorio de la Comisión.

³⁵ CONACEO, Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas.

b. Alternativamente ser certificada por CONACEM o CONACEO.

En cuanto a los programas universitarios, en la actualidad existen alrededor de 250 programas de especialización médica en más de 60 especialidades médicas, impartidos por 16 universidades³⁶. Cada universidad es libre de abrir los programas que estime conveniente, así como de fijar los cupos que tendrá cada uno. Pese a ser el mayor demandante de los programas de formación de especialistas (Torres y Solimano 2005), el Ministerio de Salud debe adaptarse a las opciones que las universidades le entregan, con un débil proceso de negociación³⁷.

Las universidades cobran un arancel para la formación de especialistas, el que puede ser financiado de tres maneras. Por una parte, están los llamados “autofinanciados” y corresponden a los profesionales que incurren en gastos de bolsillo para financiar su especialización. La segunda modalidad corresponde a becados de las propias escuelas formadoras, en tanto que la tercera es la estrategia desarrollada por el Ministerio de Salud mediante la ejecución del programa en evaluación.

En la formación de especialistas se deben considerar dos elementos críticos para su ejecución. El primero es la disponibilidad de especialistas certificados y con experiencia para formar a los nuevos en una relación maestro alumno, los que además se agrupan en las sociedades médicas de las distintas especialidades, supervisando la formación en cuestión. El segundo es la existencia de campos clínicos, que son los establecimientos donde estos profesionales realizan la práctica constante con pacientes, en variadas circunstancias. La formación de especialistas médicos en el país ha estado históricamente ligada a los hospitales de mayor complejidad de la red pública de salud. En la actualidad, con la incorporación de universidades privadas en la ASOFAMECH se han agregado algunos establecimientos privados como campos clínicos para determinadas especialidades médicas. El programa no cuenta con información que permita dimensionar esta limitante, tanto en términos de las especialidades involucradas como en su distribución regional, lo que se considera una falencia importante para la buena gestión del programa. La actual administración ha declarado que es una prioridad la necesidad de realizar un catastro de los campos clínicos y los centros formadores asociados, además de las especialidades específicas que se forman. El panel considera que disponer de esta información mejoraría en forma importante la gestión del programa por lo que sería conveniente que el MINSAL y, en particular, las instancias dedicadas al tema de recursos humanos, realicen un mayor esfuerzo para contar con dicha información.

En este contexto, el programa se enfrenta a la limitación relativa a que la oferta de cupos de formación, variable que depende de las universidades, en términos de número y especialidad, es determinada por las entidades formadoras. Ello implica que el programa tiene un espacio acotado de acción para orientar la formación hacia determinadas especialidades de interés ministerial, tendientes a la resolución de brechas de especialistas para satisfacer la demanda que se expresa en la red pública de salud.

En el escenario descrito se inscribe el rol de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, como el ente que debe establecer la regulación con sus restricciones e incentivos para la conformación de los campos clínicos, en particular a través de la Resolución 245 de fecha 9 de julio de 2012 que aprueba la Norma General Técnica y Administrativa sobre “Campos de Formación Profesional y Técnica (CFPT) que regula la relación Asistencial- Docente y establece criterios para la asignación y uso de los CFPT en el SNSS. Entre los requisitos para los Servicios de Salud se cuentan los siguientes:

³⁶ Academia de Medicina (2013).

³⁷ Torres y Solimano (2005)

- i. Que explicita dentro de sus propósitos su decisión de asumir dicha labor.
- ii. Que tenga una cartera de servicios y una demanda asistencial, acorde con los requerimientos del programa formativo y de investigación materia del convenio.
- iii. Que cuente con infraestructura y equipamiento propios y/o del Centro Formador, para cumplir con las actividades indicadas, tales como salas para reuniones docentes, laboratorios con capacidad de investigación si fuera el caso, equipamiento audiovisual, acomodaciones para residencia y resguardo de bienes de académicos y estudiantes, etc.
- iv. Que tenga disponibilidad efectiva para acoger la actividad formadora sin afectar la prestación de servicios asistenciales.
- v. Que cuente con la capacidad de gestión suficiente para apoyar, monitorizar, controlar, evaluar y capitalizar –en conformidad a lo establecido en el número 7) de este Capítulo -, la actividad formadora y de investigación.
- vi. Que integre una red asistencial en la que puedan atenderse las diferentes necesidades formativas que surjan de él o de los convenios que se suscriban.
- vii. Que incentive dentro de su personal una actitud positiva y de valoración de la actividad formativa y de investigación.

Además, frente a diferencias graves en el cumplimiento de un convenio de uso y asignación de un campo de formación profesional y técnica, el Subsecretario de Redes Asistenciales, por propia iniciativa o a petición de cualquiera de las partes, podrá hacer valer sus buenos oficios en la búsqueda de una solución a dichas diferencias.

Este rol responde a políticas públicas declaradas por el Ministerio de Salud, en forma explícita desde el año 2008, en Mensajes Presidenciales de distintos años, donde se establecen metas de incorporación de especialistas a la red pública de salud, para lo cual debe intermediar en el proceso de formación de especialistas y su integración a la actividad asistencial, así como la retención de los mismos en la red pública.

Además de la formación de especialistas, existe otro aspecto relevante en relación a la necesidad que dio origen el programa, y es el que dice relación con la retención de especialistas en la red pública de atención.

Para ello el MINSAL ha diseñado una estrategia que se encuentra en aplicación desde el año 2001, consistente en un incentivo económico (Asignación de Estímulo³⁸) para retener, entre otros, a los profesionales especializados. Se trata de una asignación cuya determinación es facultad de los directores de los Servicios de Salud y puede variar entre un rango del 10% al 180%, con sujeción a la disponibilidad de recursos, aplicada sobre el sueldo base de las horas dedicadas a la función. Su objetivo es reconocer los puestos de trabajo que sea necesario estimular en razón de la formación, capacitación, especialización o competencias que demande su desempeño. Se consideran dentro de este concepto, entre otros, los puestos de trabajo que demanden el ejercicio de especialidades que presenten escasez relativa frente a las necesidades del Servicio de Salud. Este instrumento se encuentra actualmente en aplicación aunque no se cuenta con la información que permita dimensionar el orden de magnitud del gasto que implica.

Otra medida destinada a fomentar la retención de médicos especialistas es la contenida en la ley N° 20.707 de diciembre de 2013. Establece incentivos remuneracionales asociados al ejercicio de especialidades en unidades de urgencias, paciente crítico, maternidades y residencias, y a compromisos de gestión que los directores de los servicios de salud suscribirán

³⁸ Dto. 847/2000, art. 5, letra b. publicado D.O. 7 de Febrero de 2001.

con los directores de establecimientos, compromisos orientados a la mejora de indicadores de producción y calidad³⁹.

1.3 Otras experiencias de formación de especialistas⁴⁰

A modo de referencia, a continuación se describen en forma somera los procesos de formación de especialistas en otros países⁴¹.

España:

La formación de pregrado dura 6 años, al cabo de los cuales se egresa con título de Licenciado en Medicina. Sin embargo, para poder ejercer sin supervisión se requiere pasar por un programa de especialización conocido como “Médicos Internos Residentes” (MIR). Los médicos generales realizan un MIR en “Medicina Familiar y Comunitaria” (4 años). La formación MIR es entregada por Unidades Docentes acreditadas (Hospitales y Centros de Salud) y dura entre 2 y 5 años.

Reino Unido:

La formación de pregrado conduce al título de “Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery” (MBBS) y tiene una duración de 5 o 6 años, dependiendo de la institución. Posteriormente todos los médicos deben seguir un programa de entrenamiento en la práctica de 2 años llamado Foundation Programme. Luego de esto, el médico puede elegir entre una formación como especialista (Consultant) o médico general (General Practitioner), lo que implica entre 3 y 8 años más de práctica supervisada.

Estados Unidos:

La formación médica en los Estados Unidos comienza con 3 años de pre-medicina, a los que siguen 5 años para obtener el título de *Doctor of Medicine* (M.D.). La especialización se obtiene luego en un periodo llamado Residencia, que puede durar de 3 a 8 años. Sub especialidades como cardiología u oncología requieren de un periodo adicional de formación conocido como *Fellowship*.

Francia:

La formación médica en Francia se organiza en tres ciclos. El primero dura dos años y es común con otras profesiones de la salud. El segundo dura 4 años y está compuesto de un año principalmente teórico y tres años de “externado” en el hospital de su universidad. El tercer ciclo corresponde a la especialización, conocida como internado; este puede durar desde 3 años (medicina general) a 5 años (por ejemplo cirugía).

³⁹ No se cuenta con información sobre el uso efectivo de este instrumento ni del orden de magnitud del gasto.

⁴⁰ Un aspecto no desarrollado en este informe son los modelos de financiamiento de los recursos humanos en distintos sistemas de salud. Esto a pesar de los esfuerzos desarrollados por el Panel en la búsqueda de bibliografía en las principales instituciones internacionales dedicadas al tema de salud y que, en nuestra opinión, debería formar parte de una investigación en sí misma. No obstante, una hipótesis del panel sobre el tema del financiamiento radica en que en gran parte de los países europeos las redes de prestadores son públicas y por tanto, se asume que el financiamiento de la formación de recursos humanos proviene de impuestos generales de la nación.

⁴¹ Una buena síntesis de los procesos de formación de especialistas en países europeos y en Estados Unidos se encuentra en Bonal, Pablo y Casado, Verónica (2009): “La Formación de los Recursos Humanos para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en España y Europa”, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.

1.4 Diagnóstico y su evolución

El programa en evaluación tiene como objetivo disminuir las brechas negativas de horas especialistas para los asegurados del FONASA que se atienden en la red pública de salud, para lo cual incentiva y facilita la formación de especialistas médicos y odontólogos para desempeñarse en el sistema público de salud. Esto es el resultado de un proceso histórico que se desencadenó a lo largo del siglo pasado, período en el cual fue apareciendo y configurando la red asistencial pública en distintos momentos, primero incentivando la oferta de horas médicas generales en determinados lugares del país para posteriormente, en una etapa más avanzada de nuestro desarrollo, propiciar la formación de especialistas para que, al menos, por unos años desempeñaran sus labores en la red pública.

En el año 1924 nace la previsión social en nuestro país. A través de Ley N° 4.054 se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, institución que se encargaba de cubrir los riesgos en cuanto a invalidez, vejez o muerte, junto con dar beneficios asistenciales a obreros, artesanos y servidumbre doméstica entre otros. Año en que también se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, institución que dio unidad a los distintos servicios sanitarios y asistenciales del país. La Caja tuvo un crecimiento importante entre los años 1932 y 1935, donde se prestaron servicios médicos curativos a lo largo del país.

En el año 1942, nace el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que surge de la fusión de los departamentos de salud de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y de la Caja de Previsión de Empleados Privados (EMPART).

Luego, en el año 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), que agrupó a los distintos organismos que efectuaban prestaciones de salud y cuya misión era lograr la protección de la salud para toda la población, junto con garantizar la recuperación de los obreros, de sus esposas e hijos menores de 15 años. También se debía hacer responsable de la atención de los indigentes y de sus respectivas familias. El SNS fue el resultado de la unión del Servicio Médico de la Caja del Seguro Obrero, Beneficencia, Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia (PROTINFA) y otros.

En los años cincuenta, el SNS junto a la Universidad de Chile iniciaron los "Programas de residentes becarios", a los que con el tiempo se incorporaron otras universidades. Los médicos que seguían estos programas, llamados "becarios", al recibir un subsidio del SNS durante su etapa formativa, comúnmente de tres años, cubrían las residencias hospitalarias y, al cabo de ella, debían desempeñarse por un período en hospitales bases del país.

En el año 1963 se promulga la Ley 15.076, que fue la base para la posterior creación del "Ciclo de Destinación" para médicos y otros profesionales de salud, programa que complementó el de residentes becarios. Su objetivo era dotar de médicos y odontólogos a los lugares más apartados del país, usando el atractivo de una beca de especialización posterior. Los médicos y odontólogos generales que accedían a estas plazas ejercían por un período de 2 a 6 años, al cabo del cual tenían derecho a ingresar a programas de especialización en las universidades. Tras esa especialización, estos profesionales quedaban exentos de obligaciones con el sistema público de salud.

A mediados de los años 70, el Estado tenía un rol predominante en salud, tanto en acciones de protección como en aquéllas preventivas y curativas. La cobertura pública era casi universal, pese a que legalmente los trabajadores por cuenta propia estaban excluidos. Por su parte, los accidentes de trabajo, los subsidios por incapacidad laboral y las pensiones de invalidez originadas por esa causa, tenían su propia legislación con la Ley de Accidentes del Trabajo y el Sistema de Mutuales de Seguridad.

En el año 1979, mediante un Decreto Ley, se hace una restructuración del sistema de salud chileno, a través de la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP), y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Un elemento importante de la reforma en comento, es la disolución del SNS y la descentralización de la red pública de prestadores en 27 unidades territoriales autónomas y con patrimonio propio⁴², llamados Servicios de Salud que conformaron el SNSS, dependiente del Ministerio de Salud. Este último mantuvo las funciones normativas, de supervisión y control, y con la creación del FONASA, las funciones financieras y de distribución presupuestaria.

Por otra parte, en los años setenta se generó la categoría de "becas primarias", que exigía un período de devolución de igual duración al del programa de especialización (habitualmente 3 años). De este modo, un médico recién egresado tenía fundamentalmente dos vías para acceder a especializarse: ser médico general de zona y luego hacer la especialización, u obtener una "beca primaria". Ambas alternativas fueron ofrecidas en el mismo concurso hasta 1996, año en que se separaron en dos concursos no excluyentes.

Con posterioridad, el programa diseñó otras líneas de acción que, junto con las anteriores, configuran los actuales componentes del programa (ver Anexo 3).

En todas las modalidades reseñadas de formación de especialistas, con excepción de la etapa de destinación y formación (anteriormente llamada generales de zona), 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. 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, se considera que este gasto se justifica por los motivos esgrimidos en la sección 1.6.

1.5 Dimensionamiento de las brechas de especialistas

Un tópico importante en el dimensionamiento de las brechas es la medición en términos absolutos de los médicos existentes, así como también su distribución regional por Servicios de Salud, y entre el sector público y el privado. Las cifras que se presentan provienen de fuentes distintas por lo que, dependiendo del caso, son diferentes pero consistentes entre ellas, como se analiza más adelante.

Una primera aproximación se obtiene de Román et al. (2008), que establece que en el año 2004 en el SNSS existen 374.834 horas médicas semanales contratadas, lo que equivale a 8.519 médicos de 44 horas equivalentes, de las cuales las horas contratadas a médicos generales suman 54.344 horas (1.235 médicos).

Otro antecedente respecto a los profesionales médico cirujanos lo proporciona un estudio del Ministerio de Salud desarrollado en colaboración técnica con el Banco Mundial (Banco Mundial, 2010), en el cual establecen que el total de inscritos a diciembre de 2007 en el Servicio de Impuestos Internos (SII) asciende a 29.996, los que se concentran en un 76,7% en las tres regiones con mayor participación de población del país. Respecto a la distribución de médicos en el país, el estudio estima que a nivel nacional se dispone, en promedio, de 1 médico por 562 habitantes, con una gran diferencia geográfica, pasando desde 1 médico por 471 habitantes en la zona central a 1 médico por 851 habitantes en la zona sur. Por otra parte, establece que el sector público cuenta con 13.308 médicos, los que representan un 44% del total país, de los

⁴² En la actualidad son 29 Servicios de Salud.

cuales 10.589 (35% del total nacional) se desempeñan en los Servicios de Salud y 2.749 en la Atención Primaria Municipal (APS). Esto, a su vez genera, que el número de asegurados del FONASA por médico contratado en el sector público sea de 920, muy por sobre el promedio nacional.

Respecto a los especialistas médicos disponibles en la red pública de prestadores, Román et al. (2008) establecen que el total de horas contratadas con esa especificación (utilizando "médico equivalente 44 horas", jornada semanal máxima que puede ser contrato de un profesional en el sistema público pero que según los autores puede ser resuelta por más de un profesional) es de 289.524 horas semanales, de las cuales un 78,6% son certificadas⁴³. Este número se obtiene del total de horas médicos contratadas a la semana, 374.834, menos las horas médicas destinadas a actividades directivas, salud pública y de contraloría, 31.000. Ello significa un total de horas médicas destinadas a generar servicios de salud de 343.834, si a dicho valor se le resta las horas de médicos generales, 54.310, se obtienen las 289.524 horas médicos especialistas. Lo anterior indica que las horas de especialistas contratadas superan en más de un 400% a las de médicos generales.

Igualmente, los autores en comento, a través de una encuesta a nivel nacional para determinar el tiempo promedio necesario para cumplir una atención de cada especialidad expresado en minutos (el tiempo considera la suma de acciones que corresponden a la atención directa del profesional y las dedicadas a tecnologías diagnósticas o terapéuticas involucradas en cada enfermedad de la respectiva especialidad) establece para las patologías AUGE del año 2004 una brecha de 39.093 horas semanales de especialistas, correspondientes a 888 médicos.

Por otra parte, el estudio del Banco Mundial (2010) establece que el total de especialistas médicos en el país es de 22.822 personas, de las cuales 10.538 trabajan en el SNSS y 2.394 en la APS. Es decir, un 56,7% de dichos profesionales trabajan en el sector público. No obstante, al considerar las horas médicas disponibles, se obtiene que el total de horas disponibles a nivel nacional es 1.004.168, de las cuales las destinadas al SNSS son 342.097 horas y a la APS 77.717, lo que representa un 41,8%.

Según el registro de la Superintendencia de Salud, a diciembre de 2013 había 33.803 médicos cirujanos. Los especialistas son 25.783, aun cuando este último número considera que un profesional puede estar inscrito en más de una especialidad. En el caso de los cirujanos dentistas son 14.749 y 3.977 especialistas (Ver Anexo 6). Es importante considerar que este registro es voluntario y, por ende, sus datos deberían acercarse a la cota inferior del rango estimado de profesionales en ejercicio.

El estudio del Banco Mundial (2010) estimó las brechas de horas de especialistas para las patologías AUGE, como para aquéllas que no lo son. Para dichos fines, establece un modelo teórico según el cual la demanda de médicos especialistas es un concepto derivado esencialmente de la tecnología que se pretende utilizar para brindar las prestaciones que requieran las entidades nosológicas a analizar. Con el fin de estimar la cantidad de horas médicas requeridas por el uso de una tecnología en particular y para cada especialidad, utilizan el procedimiento habitual de expresar la demanda estimada de cada especialidad médica como un ratio de horas médicas requeridas por habitante.

Para determinar los ratios a ser utilizados como instancia de comparación, consideran dos razones de médicos por habitante, una correspondiente a la realidad de España y otra es la de Chile. En ambos casos, estos ratios corresponden a la dotación actual de médicos especialistas en el subsector público (ver Anexo 9).

⁴³ Se refiere a los títulos otorgados por las universidades o certificados por la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM)

El Cuadro 8 contiene las variables y las opciones utilizadas para simular distintos escenarios de brechas de horas de especialista médicos en la red pública de atención de salud.

Cuadro 8
Variables y opciones utilizadas en el estudio del Banco Mundial (2010)

Variables	Opciones Utilizadas
Ratio o Estándar utilizado	Se analizan dos conjuntos básicos de ratios: el actual de Chile y el español base y en ambos casos se analiza el efecto de un crecimiento anual sobre la ratio inicialmente considerada (los iniciales se encuentran descritos en el Anexo 9)
Modelo de organización de las Unidades Geográficas de Análisis (UGA) del sistema nacional de salud	Se analizan dos modelos de organización: el diseñado por el equipo del Banco Mundial (UGA Banco) y el diseñado por la contraparte ministerial (UGA Chile) ⁴⁴ .
Política de oferta	Se analiza el caso base de no incorporar horas médicas y la continuación de la estrategia del año 2008 de incorporar 20.000 horas anuales.
Número mínimo de horas médicas por especialidad requerido para cada una de las unidades geográfica de análisis	Se suponen dos escenarios: uno de 66 horas y otro de 33 horas

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

El Cuadro 9 presenta los principales resultados obtenidos para cada una de las simulaciones descritas en el estudio del BM (2010) pero considerando la situación más realista para el Panel, cual es que los excedentes de horas médicas de un Servicio de Salud no pueden compensarse con defectos de otros, es decir, asume que el personal médico no es susceptible de ser trasladado, situación que es la más frecuente en nuestra red pública de prestadores⁴⁵. Como se observa, la brecha estimada de horas especialista para el año 2008 varía desde casi 126 mil hasta 86.234 y para el año 2012 oscila entre una cifra levemente superior a 193 mil hasta 37.616 horas.

El peor escenario se caracteriza por utilizar los ratios españoles con crecimiento, el modelo de organización del sistema nacional de salud propuesto por los consultores, no incorporar horas de especialistas adicionales a la red pública de salud y horas mínimas de contrato semanal de 66 horas. En cambio, el mejor es aquél en el cual usan los ratios chilenos, el modelo de organización del sistema nacional de salud propuesto por la contraparte chilena, incorporar 20 mil horas anuales de especialistas adicionales a la red pública de salud y horas mínimas de contrato semanal de 33 horas. En otras palabras, independiente de los supuestos utilizados por el modelo de simulación del Banco Mundial (2010), se obtiene que desde el 2008 al 2012 la red pública de salud presentaría un déficit de horas médicas de especialistas.

⁴⁴ En particular, para las Unidades Geográficas de Análisis (UGA) los modelos básicos de análisis son: i) Banco Mundial, que procesa las UGAs en función de la accesibilidad a la instalación sanitaria, medida tanto en términos de distancia como de tiempo y de disponibilidad de medios de transporte; y ii) contraparte MINSAL, que procesa las UGAs asociadas a la infraestructura para realización de intervenciones quirúrgicas mayores, y considerando como criterio un número de intervenciones quirúrgicas mayores superior a 200 en el 2008. Los detalles se describen en el Anexo 9.

⁴⁵ Adicionalmente, el informe presenta 32 simulaciones en las cuales supone que los excedentes de horas médicas de un Servicio de Salud pueden ser utilizados en otros SS.

Cuadro 9
Principales resultados de los escenarios simulados en el estudio del Banco Mundial (2010)

	2008	2009	2010	2011	2012
Brechas promedio	-105.478	-104.773	-104.946	-105.579	-107.942
Brechas mínimas	-86.234	-73.000	-60.499	-48.615	-37.616
Brechas máximas	-126.124	-140.940	-157.018	-174.481	-193.436

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

Al comparar las estimaciones de Román et al. (2008) con las del Banco Mundial (2010), ver Cuadro 10, se observa para el SNSS un aumento de los médicos totales y generales, por 100 mil beneficiarios, pero no así en los especialistas. El aumento en la brecha de dichos profesionales, casi 151%, debe ser analizado con precaución, ya que Román (2008) la realiza sólo para los problemas de salud considerados en el AUGÉ de la época y el Banco Mundial (2010) no hace tal distinción. Es decir, en este caso no es posible señalar si las estimaciones de uno u otro son más fiables ya que el universo considerado es muy distinto. Sin embargo, al considerar la complejidad del modelo subyacente del Banco Mundial (2010) respecto a la metodología de Roman et al. (2008), en opinión del Panel la determinación de brechas del primero parece proporcionar más y mejor información a los decisores de política en la materia.

Cuadro 10
Comparación entre estimaciones de Román (2008) y Banco Mundial (2010) por 100 mil beneficiarios de FONASA

	Román (2008) con datos 2004	Román (2008) x 100 mil beneficiarios FONASA	Banco Mundial (2010) con datos 2007	Banco Mundial (2010) por 100 mil beneficiarios FONASA	Variación
Médicos totales SNSS	8.519	78,1	10.589	90,2	15,5%
Médicos generales	1.236	11,3	2.814	24,0	111,6%
Médicos especialistas	7.285	66,8	7.775	66,2	-0,8%
Brechas especialistas	888	8,1	2.397	20,4	150,9%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los estudios Román (2008) y MINSAL - Banco Mundial (2010)

Por otra parte, el Ministerio de Salud presenta en la “Estrategia Nacional de Salud 2011-2020”⁴⁶ una estimación de brechas por tipo de cargos y por especialidad en Servicios de Salud para el año 2011, calculadas a partir de la información del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) y FONASA. Cabe señalar que dicha medición no incluye a los profesionales odontólogos (Cuadro 11).

La estimación de brechas de médicos especialistas por Servicios de Salud, se efectuó integrando los escenarios propuestos por el Banco Mundial (2010), actualizados al año 2010 y el trabajo realizado en el Departamento de Formación (Araya et al., 2011), consistente en un levantamiento de requerimientos sobre la base de la información proporcionada por los Servicios de Salud, efectuado durante el segundo semestre de 2010. La estimación de brechas de las especialidades básicas incluyen los requerimientos de las subespecialidades⁴⁷.

⁴⁶ Capítulo 7.1 “Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud”.

⁴⁷ La Medicina General se subdivide en 4 especialidades básicas que son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

Según el documento en cuestión, al comparar esta brecha con la existencia de listas de espera por consultas de especialidad, se establece una correlación positiva. Sin embargo, esta correlación no es totalmente concluyente, y establece la necesidad de un análisis de mayor profundidad para ver cómo la disponibilidad de médicos especialistas afecta las listas de espera.

Si bien la estimación en cuestión es un avance respecto a disponer de datos actualizados en la materia, en opinión del panel adolece de no contar con un marco teórico y conceptual que fundamente adecuadamente sus resultados, al estilo del estudio del Banco Mundial (2010).

Cuadro 11
Brecha de cargos de especialistas, por especialidad, en Servicios de Salud, 2011

	Especialidades priorizadas	Cargos 22/28	Cargos 22 hrs. Ley 19.664	Cargos 44 hrs. Ley 19.665	N° de profesionales
1	Medicina Interna	186	186	256	442
2	Anestesiología	135	135	173	249
3	Cirugía General	53	53	78	131
4	Pediatría	84	84	41	125
5	Imagenología	12	12	71	83
6	Traumatología y Ortopedia	32	32	30	62
7	Oftalmología	0	0	50	50
8	Psiquiatría	12	12	32	44
9	Obstetricia y Ginecología	16	16	19	35
10	Otorrino	0	0	31	31
11	Neurología	6	6	23	29
12	Neurocirugía	12	12	11	23
13	Dermatología	4	4	15	19
14	Medicina de Urgencia	12	12	6	18
15	Urología	0	0	16	16
16	Anatomía Patológica	0	0	14	14
17	Medicina Física y Rehabilitación	0	0	14	14
18	Cirugía Pediátrica	8	8	6	14
19	Psiquiatría Pediátrica	2	2	11	13
20	Medicina Familiar	0	0	11	11
21	Laboratorio	0	0	4	4
22	Neurología Pediátrica	0	0	4	4
23	Medicina Nuclear	0	0	2	2
24	Salud Pública	0	0	2	2
25	Radioterapia	0	0	1	1
26	Inmunología	0	0	1	1
	Total cargos	574	574	922	1.437
	Total horas por tipo de cargo	16.072	12.628	40.568	
	Total horas				69.268

Fuente: "Estrategia Nacional de Salud 2011-2020"

En el contexto de dimensionamiento de las brechas de especialistas y odontólogos en la red pública de salud, el Ministerio de Salud se planteó la necesidad de contar con una estimación actualizada. Es así como la Estrategia Nacional Salud 2011-2020, explicita el compromiso de

“...Establecer y validar a fines de 2012, una metodología nacional para la definición de la dotación adecuada de Recursos Humanos, tanto en la Red Asistencial de todos los niveles, como respecto de las funciones de Salud Pública”. Se plantea también que, a partir de dicha metodología, se establecerá una línea base y se aplicarán y monitorearán las estrategias definidas en el ámbito de Recursos Humanos, desde el año 2013 (a partir de un piloto), hasta el 2020, con una evaluación intermedia al año 2015 (MINSAL; 2012a)⁴⁸. En su fundamentación, el MINSAL plantea que existe una alta dinámica de ingresos y retiros de los Servicios de Salud, objetivada en que hubo 444 incorporaciones de médicos especialistas netas por año entre 2004 y 2008 (1100 ingresos y 650 retiros), observando la importancia del Sector Público como empleador que absorbe casi la mitad de los nuevos médicos especialistas que se forman por año en el país (MINSAL; 2010b).

Los resultados esperados por el MINSAL a partir de la aplicación de dicha metodología son: contar con una estimación periódicamente actualizada de la brecha por especialidad a nivel nacional y de los Servicios de Salud, que sirva como herramienta de negociación con otros actores del sistema de formación, como son la instancia de financiamiento (Ministerio de Hacienda) y las universidades, en tanto entes formadores. Esta actualización permitiría el desarrollo de una planificación de RRHH que incorporara los cambios en los procesos de atención, la tecnología, la organización de la red asistencial y los rendimientos de los recursos aplicados. (MINSAL; 2010b).

Finalmente, el Ministerio de Salud plantea como uno de los desafíos para 2014 (MINSAL 2013a) “Actualizar la Brecha de Especialistas con los Servicios de Salud”, para lo cual declara que se deberá “Implementar un método científico para estimación de la brecha de especialistas período 2013-2016, involucrando a los Servicios de Salud y utilizando una metodología constructivista con énfasis en las realidades locales”.

De acuerdo a la información de que dispone el panel, dicha metodología no se ha desarrollado.

En resumen, respecto a los distintos estudios revisados para determinar las brechas de horas especialistas en la red pública de prestadores se puede señalar que si bien difieren en sus resultados al estimarla para diferentes años, con diferentes metodologías y bases de datos, todos coinciden en establecer la necesidad de aumentar las horas especialistas en diferentes cuantías para cerrar las brechas de demanda.

No obstante, al comparar las estimaciones del Banco Mundial (2010) con las del Ministerio de Salud para el año 2011, donde se observa que el promedio de las estimaciones del Banco Mundial superan en más de un 50% a las del MINSAL, diferencias que profundizan la necesidad de disponer de una metodología validada, al menos, sectorialmente para estimar las brechas de especialistas por especialidad, zona geográfica y nivel de atención. Esto en un contexto en el cual los esfuerzos realizados corresponden a estudios puntuales, tanto de la autoridad sectorial como de investigadores en la materia, que utilizan supuestos y metodologías insuficientemente justificadas respecto a nuestra realidad, con estimaciones desactualizadas que generan decisiones insuficientemente informadas e incompletas para fundamentar los rediseños y modificaciones con relación al programa que se han efectuado en el período evaluado.

En consecuencia, el panel evalúa que, para la correcta gestión del programa, es inadecuado que no se disponga de una metodología validada por el sector salud para estimar la brecha. Se considera que la Subsecretaría de Redes Asistenciales no ha asumido en su totalidad el

⁴⁸ La dotación de Recursos Humanos adecuada se entiende como la que se distribuye en forma equitativa (es decir en función de las necesidades), que provee redes específicas – en particular urgencias y unidades de pacientes críticos- y que optimice el uso de la capacidad instalada (infraestructura, equipamiento). (MINSAL estrategia cierre brechas)

liderazgo que le corresponde en una materia relevante para resolver la demanda asistencial no satisfecha por beneficiarios que acceden a la red pública de salud. Al respecto, el panel estima que la División de Gestión y Desarrollo de las Personas debería mejorar su gestión y estructura organizacional, radicando en departamentos o unidades distintas las funciones asociadas a las definiciones estratégicas para aumentar las horas de especialistas y sub especialistas en la red pública, la determinación actualizada de las brechas de horas de especialistas y sub especialistas a nivel país, servicio de salud y nivel de atención y la implementación de las distintas alternativas de solución para cerrar las brechas. En opinión del Panel, la función de determinar las brechas no significa necesariamente que sea el programa el que realice los cálculos, ya que éstos podrían ser desarrollados por otras instancias, tales como un panel de expertos a la usanza de algunos mercados regulados como la energía eléctrica, servicios sanitarios, entre otros.

1.6 Intervención del Estado

La siguiente pregunta a responder es si se justifica la intervención del Estado para resolver los problemas de brechas negativas en la disponibilidad de horas médicas y odontológicas de especialistas. Al respecto, se detectan tres motivos principales por los cuales el Estado, en el caso de Chile, actúa, i) fallas del mercado del trabajo de los profesionales médicos, ii) fallas del mercado educacional chileno y el iii) rol de la Subsecretaría de Salud como gestor de la red pública de salud.

1.6.1 Fallas del mercado del trabajo de los profesionales médicos

Con relación a las fallas del mercado del trabajo de los profesionales de la salud, lo primero es señalar que las personas demandan servicios de atención de salud tanto para evitar posibles efectos negativos en su propio estado de salud producto de las enfermedades, como para solicitar servicios preventivos que le permitan desarrollar su vida diaria de forma normal y, de esta manera, maximizar su nivel de bienestar. En otras palabras, los servicios de atención de salud, entre ellas las prestaciones de los médicos, deben ser considerados insumos más que un bien final (Grossman, 1999).

El mercado de la atención de salud no cumple con las condiciones clásicas de otros mercados y si queremos entender cómo el Estado debe intervenir, es necesario primero saber cuáles son estas condiciones. Para dichos fines consideraremos los trabajos de Arrow (1963) y Newhouse (1996).

Por un lado, la naturaleza misma de la demanda, a diferencia de los mercados tradicionales, es irregular e impredecible y se hace presente sólo ante la presencia de enfermedad o alguna presunción de ésta. Lo anterior ocurre dado que ellas no sólo representan potenciales costos a las personas, sino que además implican un riesgo en sí mismo para las personas, por lo que buscan evitar los efectos negativos de éstas.

Con respecto a los médicos, se espera un comportamiento distinto al de un agente económico cualquiera, ya que existe una restricción ética en su actuar: se espera que busquen el bienestar del individuo. El diagnóstico médico es en base a la necesidad objetiva de cada caso, y se asume que el médico certifica la existencia de ciertas enfermedades y se espera que busque complacer a los clientes. Las personas confían en los médicos y esperan que sean desinteresados en su actuar.

Igualmente, se espera un comportamiento distinto porque la actividad médica es de aquéllas que no permite diferenciar el producto de la actividad de producción. En estos casos, el consumidor no puede testear el producto antes de comprarlo y existe un componente de confianza en la relación.

Existe también incertidumbre en cuanto a la calidad del producto, es decir, si el diagnóstico y el tratamiento determinado por el médico mejora o no el estado de salud de las personas. Esto es relevante, ya que el bienestar de las personas depende de su estado de salud, por lo que podrían ser posibles grandes disminuciones en el primero, al no utilizarse los tratamientos adecuados para ellas.

En cuanto a la oferta laboral de los médicos y otros profesionales de la salud, ella se encuentra limitada por las restricciones al ejercicio de la profesión dadas por las certificaciones exigidas. Por una parte, de esa forma se logra tanto garantizar el cumplimiento de un estándar de calidad del servicio a prestar por dichos profesionales como informar del cumplimiento de ese estándar a los usuarios de los servicios médicos, que es algo que es valorado por la demanda. Por otra, cuando ellas se expresan en importantes restricciones en el mercado (por ejemplo, los cupos para la formación de especialidades), permiten mantener altos retornos para la profesión.

Con relación a los precios, los profesionales médicos se caracterizan por discriminar precios por el nivel de ingresos de sus clientes llegando en algunos casos a una situación de discriminación perfecta y priorizar sistemas basados en el pago por actividad (fee for services).

Las características anteriormente señaladas de los mercados laborales de los médicos ha llevado, en opinión de Nicholson et al. (2012), a que en muchas partes 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 parte 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.

Según Nicholson et al. (2012) uno de los aspectos complejos de la intervención del Estado en la regulación de dichos mercados es la generación de rentas para los profesionales médicos. Las rentas en cuestión son especialmente importantes cuando la regulación permite que los propios médicos y sus asociaciones de especialistas determinen tanto los requisitos como el número de personas que se formarán en una determinada especialidad.

Respecto de la formación de especialistas (postítulos), desde 1980 hasta 2008 el cupo de médicos en formación por cohorte de cada universidad (programa de tres años de duración) se estructuraba a través de un mecanismo regulado por la “Comisión Nacional de Acreditación de Centros Formadores de Especialistas” de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH). Dicho cupo máximo de médicos-alumnos para cada programa de formación se establecía mediante aquello que cada casa de estudio acreditaba como capacidad formativa: dependencias y unidades de apoyo clínico asistencial (bancos de sangre, disponibilidad de laboratorios, unidades de imágenes, etc.), los recursos para docencia (bibliotecas, vestuarios, etc.) y dotación de académicos de los servicios clínicos donde se desarrollan esos programas. Por tales razones, tal capacidad no dependía de la voluntad de cada centro formador sino de dicho proceso de acreditación. A partir de 2009, esa facultad quedó delegada en las instituciones acreditadoras autorizadas a tal efecto por la Comisión Nacional de Acreditación, constituyendo un procedimiento más formal y transparente para todos los actores involucrados.

Estas referencias nos permiten señalar que existen antecedentes teóricos para la implementación de una política pública destinada a gestionar la formación de médicos y odontólogos especialistas, a fin de reducir la brecha de estos profesionales en la red pública de salud.

1.6.2 Fallas del mercado educacional chileno

Existen argumentos provenientes del mercado educacional para introducir al Estado en subsidiar la inversión en educación, en particular en la formación de especialistas.

Los argumentos provienen, por un lado, de la teoría del capital humano, la cual postula que la educación incrementa la productividad de los individuos al dotarlos de mayores conocimientos y destrezas, hecho que luego sería reconocido y premiado, en alguna proporción, en el mercado laboral a través de mayores ingresos. En este escenario, la decisión de invertir en educación, como la de cualquier otra inversión, estaría determinada por cálculo del valor actual neto (VAN) de los respectivos costos y beneficios privados de, en este caso, invertir en mayor y mejor educación para obtener una especialización en medicina u odontología.

Al respecto, las primeras señales asociadas a la “rentabilidad privada” que disponen los médicos y odontólogos para especializarse y desempeñarse por motu proprio en jornadas laborales completas o parciales, por algún tiempo, en la red pública de prestadores provienen del informe del Banco Mundial (2010), en el cual se señala que para el año 2008 del total de especialistas médicos en el país un 56,7% de dichos profesionales trabajan en el sector público, pero a nivel de horas disponibles representan un 41,8%. Lo que da cuenta que también existen retornos privados positivos para formar parte del grupo de especialistas de la red pública.

Por otro lado, los motivos se originan tanto en las potenciales diferencias en los VAN privados y sociales de la inversión en educación superior (ver Cuadro 12) y de post grado por la existencia de externalidades, como por fallas de mercado que impiden o entran el acceso al crédito para financiar las inversiones en capital humano. Esto último se explica, asumiendo comprobada la capacidad de finalizar exitosamente su especialización, por la incapacidad de estudiantes, instituciones educacionales y los bancos para anticipar las evoluciones del mercado laboral y, por ende, el VAN que podrán obtenerse de las inversiones en la especialización médica u odontológica.

Cuadro 12
Beneficios privados y sociales de invertir en educación

	Beneficios públicos	Beneficios privados
Económicos	• Mayores ingresos tributarios	• Mejores salarios y beneficios
	• Más alta productividad	• Empleo
	• Mayor consumo	• Niveles más altos de ahorro
	• Fuerza laboral más flexible	• Mejores condiciones personales de trabajo
	• Menor dependencia de apoyo financiero del Estado	• Movilidad personal/profesional
Sociales	• Aumento de conductas filantrópicas y de servicio a la comunidad	• Mayor calidad de vida para hijos
	• Mejor calidad de la vida cívica	• Mejores decisiones de consumo
	• Cohesión social y mayor aprecio por la diversidad	• Estatus personal más alto
	• Incremento en la capacidad de adaptación a tecnologías y uso de éstas	• Mayor cantidad de hobbies y actividades de tiempo libre

Fuente: Elaboración propia en base a información de Brunner y Uribe 2007

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

envueltos mediante adecuadas garantías⁴⁹. En este tipo de soluciones se inserta el Programa en evaluación, entrega de becas de formación de especialistas para fomentar el aumento y la retención de dichos profesionales en la red pública de atención de salud.

1.6.3 Rol de la Subsecretaría de Salud como gestor de la red pública de prestadores.

Un tercer elemento que, en el caso chileno, fundamenta la intervención del Estado es el rol que la Ley de Autoridad Sanitaria le asigna a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En particular, el artículo 8° del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud señala que dicha Subsecretaría tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial pública. Es decir, a dicha Subsecretaría le corresponde ser el “gerente” de la red pública.

El rol de “gerenciar” la red pública de prestadores significa, entre otras materias, realizar las gestiones para que los prestadores dispongan de los distintos factores de producción (recursos humanos, físicos, tecnológicos) en las mayores y mejores condiciones, considerando su restricción de presupuesto, para producir los distintos servicios que demandan, en lo principal, los asegurados del FONASA. El disponer de recursos humanos, factor de producción crítico en el sector salud ya que son los que finalmente generan el servicio demandado por la población, implica no sólo horas profesionales de médicos generales sino que también de especialistas y sub especialistas.

A saber, es importante considerar que según el estudio del Banco Mundial (2010), la mayor cantidad de horas especialistas se encuentran destinadas al sector privado y no al sector público, aun 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.

Lo anteriormente señalado lleva a considerar, desde la perspectiva de un “gerente” de la red pública de prestadores, la implantación de un programa de las características del evaluado, para satisfacer los requerimientos de sus clientes, en un escenario en el cual tiene más restricciones que su competencia (el sector privado de salud) para establecer salarios, jornadas de trabajo y condiciones laborales de los médicos y odontólogos generales y los médicos y odontólogos especialistas. En este contexto, el “gerente” debe innovar en su gestión para permitir la incorporación de un mayor número de horas de especialistas y sub especialistas que le permitan satisfacer en una mayor proporción o, idealmente en su totalidad, la demanda por dichas prestaciones por parte de sus clientes. Esta innovación comprende la definición de un marco de política de recursos humanos que responda a los requerimientos en cuestión, no sólo desde la perspectiva de la formación y retención de nuevos especialistas sino que también para los que actualmente se desempeñan en la red de prestadores. Igualmente, considera las mejoras en las condiciones laborales pecuniarias y no pecuniarias de los profesionales en comento.

En síntesis, en opinión del Panel la intervención por parte del Estado en incentivar una mayor disponibilidad de horas médicas de especialistas se basa tanto en las imperfecciones del mercado laboral de los médicos y del sistema educativo de formación de especialistas, así como en las características de nuestro sistema de salud. Logrando de esta forma aumentar la probabilidad de disponer horas médicas de especialista en la red pública.

1.7 Situación sin programa

La siguiente pregunta es qué habría ocurrido con la disponibilidad de las horas médicas de especialistas en la red pública sin la implantación del programa.

⁴⁹ Revisar para estos efectos Brunner, J.J. y Uribe, Daniel (2007): “Mercados Universitarios: el Nuevo Escenario de la Educación Superior”, Ediciones Universidad Diego Portales, Chile.

En primer lugar, tenemos que señalar que la decisión de especializarse de los médicos y odontólogos depende de variables tanto pecuniarias como no pecuniarias (ver Cuadro 19) y se espera que realicen la inversión en mayor nivel educacional en función de su VAN.

Para analizar la pregunta, conviene considerar la disyuntiva que enfrenta un médico general que desea especializarse y que estima un VAN positivo de realizar la inversión en aumentar su nivel profesional. En la actualidad, éste cuenta con dos caminos posibles. Una opción es financiar la formación con fondos propios y/o provenientes del mercado del crédito, para luego recuperar su inversión con los mayores ingresos que recibiría de la práctica como especialista. La otra es postular a los programas objeto de esta evaluación, lo que implica que durante un periodo de tiempo (correspondiente al PAO), con excepción de los componentes EDF, formación de médicos de la APS de 3 años y 6 años y, en algunos casos, del FORDIR, deberá destinar 44 horas semanales a trabajar en la red pública de salud y, de esta forma, no podrá recibir en su totalidad los potenciales mayores ingresos producto de la práctica privada como especialista^{50 51}. Adicionalmente, debe considerar en su evaluación que en esta alternativa tiene una alta probabilidad de disponer de un cargo de especialista en la red pública como una carrera funcionaria al término de su formación.

En este contexto, en el escenario de que el Programa no existiera, sería probable que los mismos médicos generales realizaran la inversión en educación de postgrado para transformarse en especialistas. Igualmente, sería esperable que el costo de dicha inversión sea traspasada a obtener mayores beneficios pecuniarios y no pecuniarios y, por ende, al menos dichos beneficios a pagar por la red pública podrían ser mayores. Adicionalmente, dada la mayor flexibilidad en la gestión de recursos humanos existente en el sector privado y la incorporación en el código del trabajo de beneficios pecuniarios adicionales como la indemnización por años trabajados, mes de aviso, pago de vacaciones proporcionales, entre otros, probablemente los resultados del estudio del Banco Mundial (2010) asociados a una mayor cantidad de horas trabajadas por los especialistas en el sector privado de salud se vieran reforzados o al menos, mantenidos. Es decir, se esperaría una menor probabilidad de disponer de horas de especialistas en el sector público y una mayor probabilidad de un aumento en la exigencia de los beneficios pecuniarios y no pecuniarios establecidos por dichos profesionales. Esto posiblemente acompañado de cargas laborales en los cuales los especialistas se desempeñen en distintos lugares de trabajo para recuperar la inversión, en algunos casos con mayor énfasis en lo pecuniario (sector privado) y en otros con mayor relevancia en beneficios no pecuniarios tales como una mayor diversidad de casos clínicos, mayor integración con otros médicos especialistas en la solución de las patologías de sus pacientes, mayor relevancia personal y profesional en el equipo humano del establecimiento (sector público), infraestructura.

En resumen, se puede anticipar que sin la existencia de este programa el sistema público de salud tendría mayores dificultades en contratar y retener médicos y odontólogos especialistas y médicos sub especialistas, salvo que pudiera mejorar las condiciones salariales y no salariales (buena infraestructura, equipamiento de última tecnología, acceso a capacitación continua, asistencia a congresos nacionales e internacionales, carrera funcionaria, número y variedad de pacientes, entre otros), que ofrece a estos profesionales con respecto a la situación actual.

⁵⁰ Es importante señalar que dadas las características del modelo de formación de especialistas y sub especialistas las potenciales horas destinadas por los profesionales estudiantes a la atención de pacientes durante su formación de post título depende crucialmente de los campos clínicos. En el caso chileno, gran parte de ellos pertenecen a la red pública, por lo que aún en el hipotético caso en el cual el MINSAL no financiara dichos estudios, con una gran probabilidad la red continuaría disponiendo de dichas horas de profesionales durante su proceso de formación.

⁵¹ En el caso del programa en evaluación, la persona deberá considerar que al realizar la beca recibiría una remuneración o un estipendio. Por otro lado, en cualquiera de las alternativas en análisis, las universidades tienen que pagar o compensar el uso del campo clínico perteneciente a la red pública.

Respecto al número total de especialistas en el país, el efecto final es más incierto. En efecto, el Cuadro 18 muestra que, al menos, en el SNSS todas las especialidades presentan brechas negativas, lo que, como hipótesis de trabajo, también se podría, en alguna proporción, extrapolar hacia el sector privado. El hecho que en la actualidad la mayoría de los médicos que trabajan en el sector público así como un número importante de personas recién egresadas opten por el programa en evaluación, por sobre el autofinanciamiento, podría indicar que el VAN de esta última opción podría ser mayor. En este caso, considerando las imperfecciones del mercado del crédito y los riesgos e incertidumbres asociados a inversiones de estas características, donde las personas se especializan con dedicación exclusiva en períodos de al menos tres años, si no existiera el programa tal vez podría haber una disminución en el número de médicos que se especializan, con el consiguiente impacto negativo tanto en el sector público como en el privado. Sin embargo, con la información que se cuenta actualmente no es posible evaluar esta hipótesis.

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

2. EFICACIA Y CALIDAD

2.1. A nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de Propósito y Fin).

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 si 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 por el programa 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 período 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 términos de la medición del cumplimiento del Propósito y como se presenta en el acápite siguiente (ver cuadro 14), en el año 2013 los beneficiarios que están desarrollando su período PAO alcanzan a 998 especialistas, cifra que ha experimentado un aumento de 313% en los años en evaluación. 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. En consecuencia el aumento señalado es sólo una ficción de los datos.⁵²

De la misma manera, el Ministerio de Salud no cuenta con una medición actualizada de brechas de especialistas que las caracterice en términos de especialidades, lugar geográfico o nivel de atención (APS, secundario o terciario) y por tanto, no es posible saber si el programa ha contribuido al cierre de brechas ni cuantificar esta contribución, en caso de que hubiera.

Para identificar, en términos teóricos, el aporte del programa a la disminución de la brecha de especialistas, es necesario primero comprender la dinámica de dicha brecha desde el punto de vista de la oferta. En efecto, está se puede expresar mediante la siguiente fórmula:

Especialistas contratados en el año t-1 (Incluyendo profesionales en PAO) + Especialistas contratados en el año t + Especialistas que inician PAO en año t - Especialistas que se retiran del sistema público en el año t
Oferta de especialistas en año t

En términos teóricos, se podría suponer que efectivamente el programa ha contribuido al cierre de brechas, medida como profesionales desempeñándose en la red pública de salud en cumplimiento de su período PAO. Si se toma como punto de partida la brecha estimada por el Ministerio de Salud en 2011 -que alcanzó a 1.437 especialistas (ver cuadro 11)-, el aporte del programa correspondería al número de médicos que inician su periodo PAO en los años 2012 y 2013, ya que aquellos que iniciaron su PAO con anterioridad ya deberían estar considerados en la estimación de la brecha 2011. El Cuadro 13 muestra los beneficiarios registrados en la base de datos que iniciaron su periodo en los años señalados. De esta forma se puede decir que el aporte del programa en 2012, en términos de número de especialistas, fue de al menos un 15% de la brecha estimada en 2011 y para 2013 se estima en 25%, lo que entrega un acumulado de 40%. 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. Se reitera que la base de datos está incompleta para los beneficiarios que cumplen el PAO, por lo que estos datos 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 aquellos que terminan su PAO y no continúan en el sistema) y la contratación de médicos ya formados.

Cuadro 13
N° de Beneficiarios Registrados en la Base de Datos que ingresaron a PAO,
Años 2012-2013

	2012	2013	Acumulado 2012-2013
Cirujano Dentista	8	21	29
Médico Cirujano	219	355	574
Médicos en PAO como % de la brecha MINSAL 2011	15	25	40

⁵² 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.

Médicos en PAO como % de la brecha BM 2011	9	15	24
--	---	----	----

Fuente: Elaboración propia basada en Base de Datos del programa

El panel desea dejar establecido que las cifras anteriores deben ser consideradas solamente como un ejercicio teórico debido a la debilidad de las cifras que entrega la base de datos, como se ha expresado en los párrafos precedentes. Ello pone de manifiesto la relevancia de contar con sistemas de información robustos respecto de los beneficiarios del programa, así como también la imprescindible necesidad de que se efectúe una actualización del dimensionamiento de brechas.

Finalmente, respecto de la medición del logro de metas, si bien el programa tiene metas globales de producción que le han sido fijadas, generalmente, por los niveles superiores de gobierno (mensajes presidenciales), éstas no responden a criterios objetivos basados en diagnósticos específicos y actualizados que permitan definir las brechas por especialidad, por localización geográfica y por nivel de atención. Lo anterior se evalúa en forma negativa ya que sin esa información no es posible orientar la producción hacia la satisfacción efectiva, en términos específicos, de las necesidades de horas de especialistas, en las especialidades, cantidades, niveles de atención y lugares requeridos.

En esta materia, no se tiene información de que el programa haya definido sus propias metas anuales de producción, expresadas en número de especialistas a formar y las especialidades que deberían ser cubiertas. Si bien la producción está determinada en forma importante por la oferta de cupos que hacen las instancias formadoras, se considera que ello no es obstáculo para que el programa determine sus metas de formación de especialistas y las especialidades que deben abordarse, a fin de priorizar su acción hacia el cierre de brechas. Por tanto, se evalúa que esta carencia de metas específicas es inconveniente para el buen funcionamiento del programa.

2.2. Resultados a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

Una característica de este Programa es que los beneficiarios permanecen por más de un año, mientras dura su formación y posteriormente su periodo de PAO. De esta forma, los beneficiarios del programa en un año dado (stock) corresponden a los que estaban el año anterior en el programa más los que ingresan ese año, menos los que terminan su participación. De acuerdo a lo informado por el programa, la base de datos de beneficiarios del programa sólo cuenta con información completa de aquellos ingresados a partir de 2010⁵³, por lo cual no es posible determinar de manera confiable el número total de beneficiarios en el periodo en evaluación. Tomando en cuenta lo señalado, el Cuadro 14 presenta el número de beneficiarios activos contenidos en la base de datos para los años en evaluación. Por las razones expuestas, estos valores subestiman el verdadero número de beneficiarios en el programa. Dados los serios problemas que presentan estos datos, cualquier conclusión o análisis que se extraiga de ellos podría ser engañoso. En efecto, es imposible saber cuánto del crecimiento que muestran los datos se debe a un aumento en el registro y cuánto a un verdadero aumento en el stock de beneficiarios, si es que lo hay. Del mismo modo, las diferencias entre los distintos componentes podrían deberse a diferencias en la calidad del registro de cada uno de ellos.

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

⁵³ Hasta la entrega del informe final de esta evaluación, el panel trabajó con una versión de la base de datos entregada por el Programa el 8 de mayo de 2014, la cual, según se indicó contenía todos los beneficiarios ingresados a partir de 2011. Con fecha 1 de agosto el Programa entregó una segunda versión de la base, la que incorporaba beneficiarios ingresados después de 2011 que no estaban incluidos en la primera. En el presente informe se actualizaron las tablas presentadas de acuerdo a esta versión, sin embargo, el panel no puede asegurar que los datos presentados correspondan al total de beneficiarios del programa.

programa se ha administrado hasta ahora sin indicadores de gestión ni de resultados que le permitan evaluar su desempeño ni tomar decisiones informadas.

Habiendo dejado en claro las deficiencias de la información con la que se construyó el Cuadro 14, las cifras disponibles señalarían que los componentes EDF y FORDIR son los que concentran el mayor número de beneficiarios en stock del programa en 2013 (23% y 37% respectivamente). En el caso del EDF, sus beneficiarios se han mantenido relativamente estables en el período, con excepción de 2013 en que experimenta una leve baja. Por el contrario, el FORDIR presenta un aumento sostenido en los años en evaluación, más que duplicando el número de beneficiarios entre 2010 y 2013. Cabe destacar que el objetivo del EDF 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 e información de variables claves 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%).

El análisis de beneficiarios en etapa PAO, que es la contribución concreta al Propósito del programa, indica que el 25% del total de beneficiarios en stock se encuentra en esa etapa. En el año 2013 éstos se concentran mayoritariamente en el FORDIR, componente que aporta el 70% del total, seguido de APS 3 años (20%) y Becado Primario (10%). El resto de los componentes no registra beneficiarios en PAO debido a que no tienen antigüedad suficiente para ello, con excepción del EDF cuyo diseño no considera esta etapa. Se evalúa que este 25% es una contribución importante del programa al aumento de la disponibilidad de horas especialistas en la red pública de salud y confirma la necesidad de contar con esta etapa en todos los componentes.

Cuadro 14
N° de Stock de Beneficiarios en Destinación, Formación y PAO por Componente
Años 2010 - 2013*

Componentes	2010	2011	2012	2013
EDF	1.111	1.170	1.048	920
Destinación	742	611	469	347
Formación	369	559	579	573
CONE*		1	208	472
Formación		1	208	472
BECADO PRIMARIO⁵⁴	150	150	149	210
Formación	37	34	33	103
PAO	113	116	116	107
APS 3	197	243	294	328
Formación	180	176	167	133
PAO	17	67	127	195
APS 6	179	291	396	491

⁵⁴ Incluye beneficiarios ingresados con anterioridad a 2013, año de reinicio del componente.

Componentes	2010	2011	2012	2013
Formación	179	291	396	491
FORDIR	693	1.007	1.261	1.498
Formación	597	734	832	802
PAO	96	273	429	696
PROGR. ESPECIAL			50	84
Formación			50	84
Total Destinación	742	611	469	347
Total Formación	1.362	1.795	2.265	2.658
Total PAO	226	456	672	998
Total general	2.330	2.862	3.406	4.003

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

** Hasta 2011 los beneficiarios del componente CONE eran registrados junto a los del componente FORDIR en la base de datos.*

*** Antiguo componente de Beca Primaria, descontinuado en 2008.*

En lo que sigue de esta sección se realiza el análisis considerando los médicos y odontólogos que ingresaron a la etapa de destinación del EDF y a formación en cada uno de los siete componentes del programa, en los años comprendidos en esta evaluación (flujo de beneficiarios). Esta variable -además de ser la única que puede entregar resultados medianamente confiables con los datos con los que se cuenta- permite visualizar de mejor manera la dinámica y evolución de los componentes en el periodo en estudio.

En el Cuadro 15 se muestra el número de médicos cirujanos que ingresaron cada año a la etapa de formación en alguno de los componentes del Programa en el periodo en estudio, así como la suma de los años evaluados.

En relación a la etapa de destinación del EDF, las cifras muestran un crecimiento todos los años evaluados, alcanzando en el agregado del período un número mayor que los beneficiarios en formación de mismo componente, los que se mantienen relativamente estables. Esto es relevante porque indica que el programa está creciendo en un componente que no aporta al aumento de la disponibilidad y retención de especialistas en la red pública, antecedente que deberá tenerse en consideración para decisiones estratégicas de desarrollo del programa. Por las razones expuestas, el panel considera que el programa deberá evaluar la conveniencia de mantener la preponderancia en términos de número de beneficiarios que financia y tendencia creciente de este componente, en relación al resto de los componentes que en el futuro si aportarán al cumplimiento del Propósito.

El análisis de las cifras de la etapa de formación señala un aumento de 52% en el número total de beneficiarios ingresados cada año, de 594 en el año 2010 a 901 en el año 2013. En cuanto a la participación de cada componente, el año 2013 -único en que están presentes los siete componentes del Programa- el que concentra la mayor cantidad de beneficiarios es el CONE, seguido del FORDIR y el EDF (Cuadro 16 y Gráfico 2). Se observa que la participación del componente EDF disminuye de 25,4% en 2010 a 18,5% 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.

El análisis por componente señala que la etapa de Destinación del EDF, que refleja el número de beneficiarios que ingresan al componente, ha experimentado un crecimiento importante entre 2010 y 2013 llegando casi a duplicarse, en tanto la etapa de formación se ha mantenido estable en el período. Llama la atención la fluctuación experimentada por APS 3 años que

presenta una sostenida baja entre 2010 y 2013, la que se agudiza en el último año llegando a menos de la mitad de los beneficiarios que ingresaron en 2010. El resto de los componentes no presenta grandes variaciones, con excepción del FORDIR en el año 2011 en experimenta variaciones anuales en torno al 10% y 15% (Se debe tener en cuenta que ese año los beneficiarios CONE están registrados junto con el FORDIR, por lo que no se puede identificar a cuál de los dos componentes corresponde esa variación).

La distribución de beneficiarios que ingresan a los distintos componentes cada año no es el resultado de una gestión del programa orientada a este propósito, sino que por el contrario, en el período en análisis, la determinación de cupos de cada componente fue realizada por las universidades con criterios no conocidos y en la cual el programa tuvo escasa participación. Se evalúa que esa situación es inconveniente para los objetivos que se persiguen, ya que la determinación de cupos, tanto de los componentes como de las especialidades, no respondió a un diagnóstico del programa sobre las necesidades priorizadas de especialistas a satisfacer.

Cuadro 15
N° de Beneficiarios Ingresados por Componente, Años 2010-2013. Médicos Cirujanos

Componentes	2010	2011	2012	2013	Total
Componente 1. EDF (Destinación)	126	186	221	239	772
Componente 1. EDF (Formación)	151	161	149	167	628
Componente 2. CONE *		1	226	238	465
Componente 3. Becado primario				90	90
Componente 4. APS 3	87	63	65	42	257
Componente 5. APS 6	102	115	115	97	429
Componente 6. FORDIR *	254	324	275	227	1080
Componente 7. Esp. Falentes			55	40	95
Total Ingresados a formación	594	664	885	901	3.044
Total ingresados al programa	569	689	957	973	3.188

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

** Hasta 2011 los beneficiarios del componente CONE eran registrados junto a los del componente FORDIR en la base de datos.*

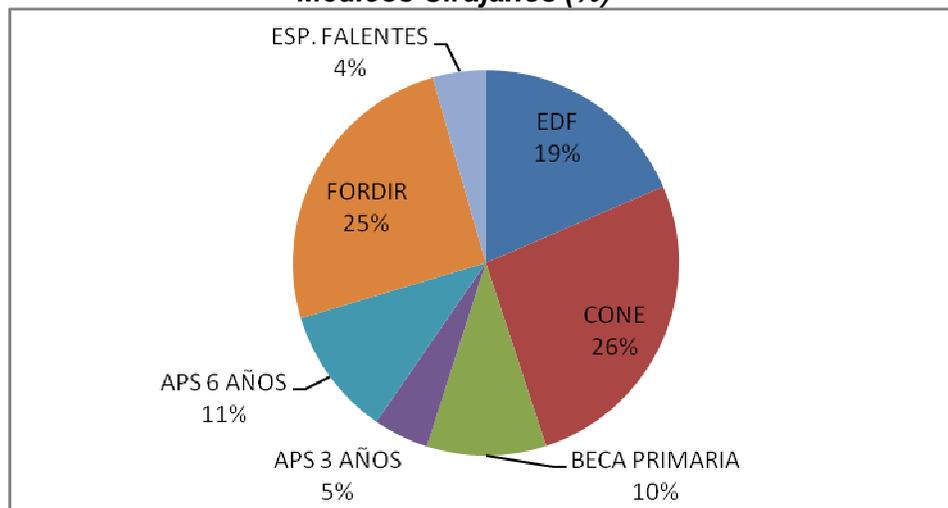
Cuadro 16
Estructura Relativa Beneficiarios Ingresados a la Etapa de Formación por Componente, Años 2010-2013, Médicos Cirujanos (%)

Componentes	2010	2011	2012	2013	Total
Componente 1. EDF	25,4	24,2	16,8	18,5	20,6
Componente 2. CONE *	-	0,2	25,5	26,4	15,3
Componente 3. Becado primario	-	-	-	10,0	3,0
Componente 4. APS 3	14,6	9,5	7,3	4,7	8,4
Componente 5. APS 6	17,2	17,3	13,0	10,8	14,1
Componente 6. FORDIR *	42,8	48,8	31,1	25,2	35,5
Componente 7. Esp. Falentes	-	-	6,2	4,4	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA – MINSAL

** Hasta 2011 los beneficiarios del componente CONE eran registrados junto a los del componente FORDIR en la base de datos.*

Gráfico 2
Estructura relativa Beneficiarios Ingresados a Formación Año 2013
Médicos Cirujanos (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

En relación a los cirujanos dentistas, se aprecia un aumento en el número de beneficiarios ingresados a formación de un 92%, desde 61 en 2010 a 117 en 2013. Este aumento se concentra exclusivamente en el año 2013 y es debido a los componentes CONE y Beca Primaria, ya que, de hecho, los programas EDF y FORDIR disminuyen su producción (Cuadro 17). En el año 2013 el componente que más aportó a la formación de odontólogos especialistas fue el CONE (36%), seguido del EDF (31%). (Cuadro 18 y Gráfico 3).

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. Al respecto, el panel considera que, al igual que en caso de los médicos, es inconveniente que el programa tenga escasa participación en la distribución de cupos de especialistas en las diferentes líneas formativas.

Cuadro 17
N° de Beneficiarios Ingresados a Formación Años 2010-2013. Cirujanos Dentistas

Componentes	2010	2011	2012	2013	Total
Componente 1. EDF (Destinación)	40	56	26	41	163
Componente 1. EDF (Formación)	44	44	40	36	164
Componente 2. CONE *				42	42
Componente 3. Becado primario				19	19
Componente 6. FORDIR *	17	16	11	20	64
Total ingresados a formación	61	60	51	117	289
Total ingresados al programa	27	72	37	122	258

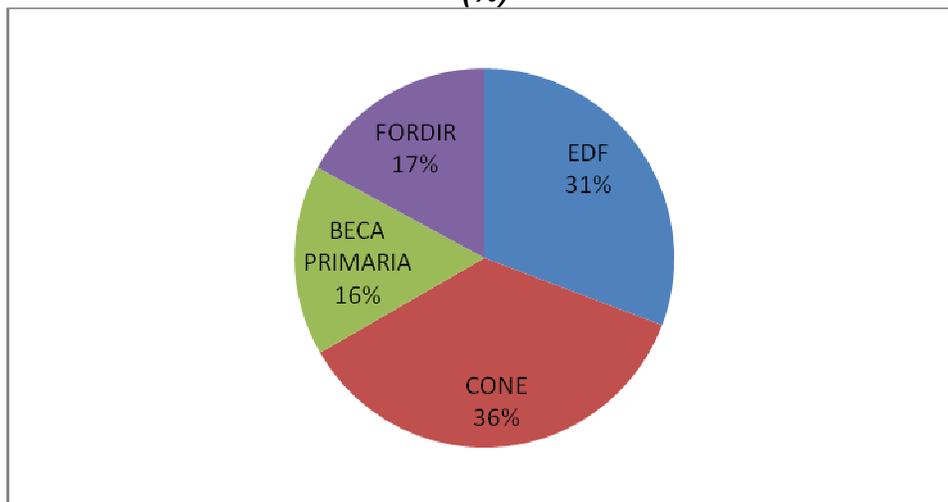
Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL
 * Hasta 2011 los beneficiarios del componente CONE eran registrados junto a los del componente FORDIR en la base de datos.

Cuadro 18
Estructura relativa Beneficiarios Ingresados a la etapa de Formación, Años 2010-2013, Cirujanos Dentistas (%)

	2010	2011	2012	2013	Total
Componente 1. EDF	72,1	73,3	78,4	30,8	56,7
Componente 2. CONE *	-	-	-	35,9	14,5
Componente 3. Becado primario	-	-	-	16,2	6,6
Componente 6. FORDIR *	27,9	26,7	21,6	17,1	22,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL
 * Hasta 2011 los beneficiarios del componente CONE eran registrados junto a los del componente FORDIR en la base de datos.

Gráfico 3
Estructura relativa Beneficiarios Ingresados a Formación Año 2013, Cirujanos Dentistas (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Análisis de beneficiarios por especialidad

El siguiente cuadro muestra los beneficiarios ingresados a formación por especialidad, para cada uno de los años evaluados. Se evidencia que las especialidades con mayor crecimiento son Medicina de Urgencia, Oncología y Neurocirugía.

Cuadro 20
N° de Beneficiarios Ingresados al Programa Años 2010-2013. Médicos Cirujanos por Especialidad⁵⁵

⁵⁵ Se usó la clasificación de especialidad y subespecialidad contenida en Decreto 57 de 2008.

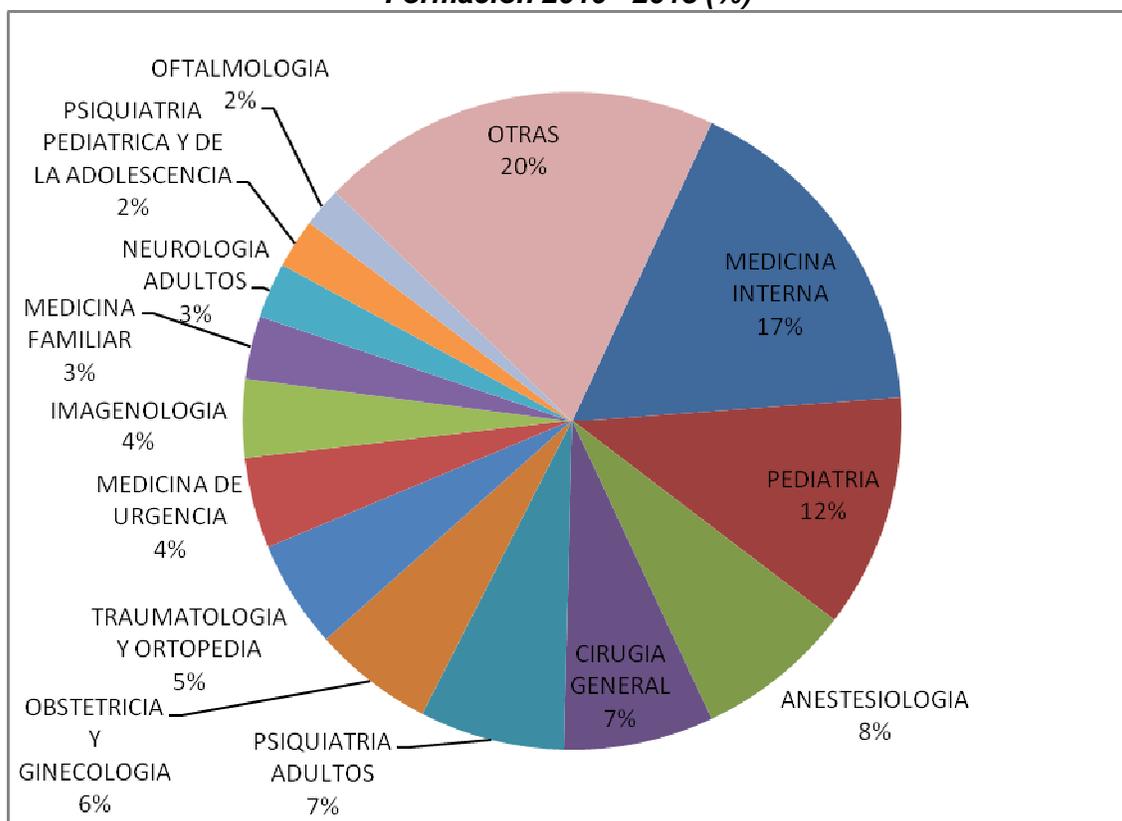
Especialidades	2010	2011	2012	2013	Total	Variación 2012-2013
Medicina Interna	110	120	144	140	514	27%
Pediatría	74	75	102	100	351	35%
Anestesiología	39	48	67	80	234	105%
Cirugía General	46	49	60	69	224	50%
Psiquiatría Adultos	47	53	56	60	216	28%
Obstetricia y Ginecología	45	43	47	45	180	0%
Traumatología y Ortopedia	31	35	47	48	161	55%
Medicina de Urgencia	5	20	55	56	136	1020%
Imagenología	21	25	34	39	119	86%
Medicina Familiar	16	29	29	20	94	25%
Neurología Adultos	14	25	30	14	83	0%
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	10	14	24	26	74	160%
Oftalmología	14	15	12	18	59	29%
Neurología Pediátrica	5	12	20	14	51	180%
Anatomía Patológica	11	8	11	16	46	45%
Neurocirugía	7	9	10	20	46	186%
Dermatología	12	10	8	15	45	25%
Urología	9	5	15	13	42	44%
Otorrinolaringología	6	6	12	17	41	183%
Cirugía Pediátrica	7	7	6	9	29	29%
Medicina Física Y Rehabilitación	6	8	9	6	29	0%
Salud Pública	6	7	5	3	21	-50%
Laboratorio Clínico	1	2	2		5	-100%
Medicina Nuclear			2	2	4	
Subespecialidades						
Cardiología	7	3	9	2	21	-71%
Oncología Medica	1	2	5	10	18	900%
Hematología	2	4	2	5	13	150%
Nefrología	2		6	5	13	150%
Gastroenterología	5	3	1	2	11	-60%
Medicina Intensiva	4	1	4	1	10	-75%
Cirugía Vascul ar Periférica	4	2	3	1	10	-75%
Infectología	2	2	5	1	10	-50%
Cirugía Plástica y Reparación		2	4	1	7	
Geriatría		1	4	1	6	
Inmunología	1	1	2	2	6	100%
Cuidados Intensivos Pediátricos	2		2	2	6	0%
Cardiología Pediátrica	1	1	2	2	6	100%
Gastroenterología Pediátrica	2	1	2	1	6	-50%
Endocrinología	1	2	1	2	6	100%
Cirugía Coloproctológica	2	1	1	1	5	-50%
Neonatología		1	2	2	5	

Especialidades	2010	2011	2012	2013	Total	Variación 2012-2013
Reumatología	1	2		1	4	0%
Hematología Oncológica Pediátrica	2		1	1	4	-50%
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial			1	2	3	
Nefrología Pediátrica			1	2	3	
Enfermedades Respiratorias	1	1	1		3	-100%
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	1		1	1	3	0%
Cirugía Cardiovascular			1	1	2	
Endocrinología Pediátrica	1		1		2	-100%
Diabetología				1	1	
Cirugía de Tórax				1	1	
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial			1		1	
Sin Especialidad	10	9	15	20	54	100%
Total	594	664	885	901	3.044	52%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Como se muestra en el Gráfico 4, trece especialidades concentran el 81% de los beneficiarios del periodo. De estas Medicina Interna es la mayoritaria, con un 17%, seguida de Pediatría (12%) y Anestesiología (8%).

Gráfico 4
Distribución por Especialidad, Total de Beneficiarios Médicos Cirujanos Ingresados a Formación 2010 - 2013 (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL.

Otros incluye las siguientes especialidades: Otorrinolaringología, Anatomía Patológica, Neurología Adultos, Neurología Pediátrica, Dermatología, Urología, Cirugía Pediátrica, Oncología Médica, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Salud Pública, Hematología, Inmunología, Cardiología, Endocrinología, Nefrología Pediátrica, Medicina Nuclear, Cuidados Intensivos Pediátricos, Gastroenterología Pediátrica, Cardiología Pediátrica, Geriátrica, Gastroenterología, Cirugía Cardiovascular, Infectología, Neonatología, Enfermedades Respiratorias Pediátricas, Cirugía Plástica y Reparación, Cirugía de Tórax, Medicina Intensiva.

Los siguientes cuadros muestran la distribución del número de médicos beneficiarios ingresados a formación el año 2013 por especialidad y componente y su estructura relativa (Cuadros 21 y 22). Se analiza este año por ser el único en el que están presente los siete componentes. Destaca la superposición entre las especialidades financiadas por los distintos componentes. La excepción a lo anterior son algunas subespecialidades que son financiadas exclusivamente por el FORDIR, aunque con un bajo número de participantes. Asimismo llama la atención que existen subespecialidades que son financiadas por programas distintos al FORDIR, el cual, en teoría, es el único que financia sub especialistas. Una posible explicación para esto es que el decreto que define las especialidades y subespecialidades esté desactualizado y sea necesario revisar tal definición a fin de que exista correspondencia entre esa definición y la práctica. En el caso de Medicina Familiar, el 85% de los especialistas es formado por el componente APS 3 años. Asimismo, se observa 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 otro lado, 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. 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.

Cuadro 21
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2013 por Componente y por Especialidad.
Médicos Cirujanos⁵⁶

Especialidad/ Subespecialidad	EDF	CONE	Beca Primaria	APS 3	APS 6	FORDIR	Espec. Falentes	Total general
Medicina Interna	22	42	14		23	39		140
Pediatría	18	31	7	6	30	8		100
Anestesiología	11	27	14			19	9	80
Cirugía General	10	30	8			21		69
Psiquiatría Adultos	10	23	2		18	7		60
Medicina De Urgencia		2	2	12		9	31	56
Traumatología Y Ortopedia	19	16	5			8		48
Obstetricia Y Ginecología	1	9	7	4	16	8		45
Imagen logía	12	14	6			7		39
Psiquiatría Pediátrica Y De La Adolescencia	8	9	3		2	4		26
Medicina Familiar			2	17		1		20
Neurocirugía	4	2	1		6	7		20
Oftalmología	7	3	2		2	4		18
Otorrinolaringología	5	2	4			6		17

⁵⁶ Se usó la clasificación de especialidad y subespecialidad contenida en Decreto 57 de 2008.

Especialidad/ Subespecialidad	EDF	CONE	Beca Primaria	APS 3	APS 6	FORDIR	Espec. Falentes	Total general
Anatomía Patológica	5	7	2			2		16
Dermatología	5	2	3			5		15
Neurología Pediátrica	4	5	1			4		14
Neurología Adultos	10	1	3					14
Urología	4	2	3			4		13
Oncología Medica	1	3	1			5		10
Cirugía Pediátrica	4	2				3		9
Medicina Física Y Rehabilitación	1	5						6
Hematología						5		5
Nefrología						5		5
Salud Publica				3				3
Cuidados Intensivos Pediátricos						2		2
Cardiología Pediátrica	1					1		2
Cardiología						2		2
Endocrinología						2		2
Cirugía Y Traumatología Bucomáxilo-Facial						2		2
Nefrología Pediátrica						2		2
Medicina Nuclear	1					1		2
Gastroenterología						2		2
Neonatología						2		2
Inmunología	2							2
Gastroenterología Pediátrica						1		1
Cirugía De Tórax						1		1
Químico-Farmacéutico	1							1
Enfermedades Respiratorias Pediátricas						1		1
Cirugía Coloproctológica						1		1
Hematología Oncológica Pediátrica	1							1
Medicina Intensiva						1		1
Cirugía Plástica Y Reparación						1		1
Reumatología						1		1
Cirugía Cardiovascular						1		1
Diabetología						1		1
Cirugía Vascul Periférica						1		1
Geriatría		1						1
Infectología						1		1
Sin Especialidad	0	0	0	0	0	19	0	19
TOTAL	167	238	90	42	97	227	40	901

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

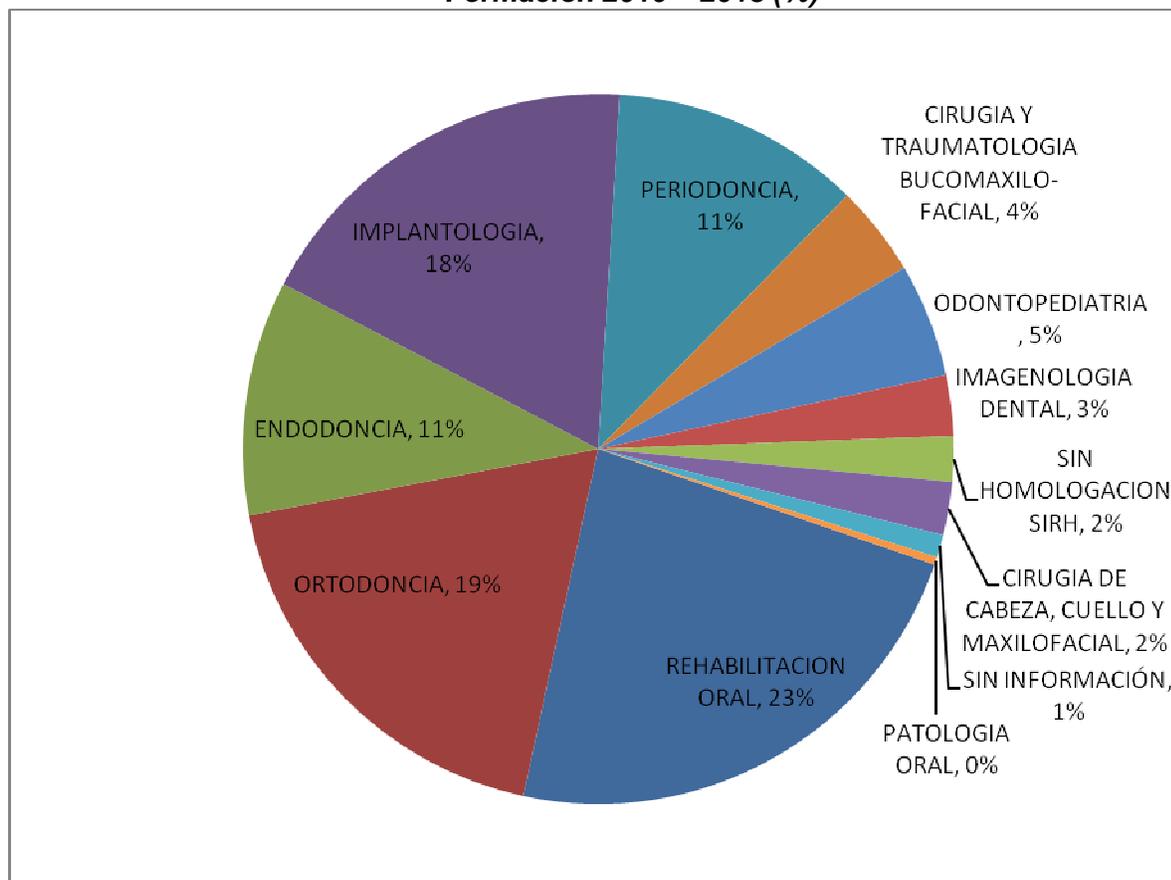
Cuadro 22
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos, Año 2013

Especialidad/ Subespecialidad	EDF	CONE	Beca Primaria	APS 3	APS 6	FORDIR	Espec. Falentes	Total general
Medicina Interna	16	30	10	0	16	28	0	100
Pediatría	18	31	7	6	30	8	0	100
Anestesiología	14	34	18	0	0	24	11	100
Cirugía General	14	43	12	0	0	30	0	100
Psiquiatría Adultos	17	38	3	0	30	12	0	100
Medicina De Urgencia	0	4	4	21	0	16	55	100
Traumatología Y Ortopedia	40	33	10	0	0	17	0	100
Obstetricia Y Ginecología	2	20	16	9	36	18	0	100
Imagenología	31	36	15	0	0	18	0	100
Psiquiatría Pediátrica Y De La Adolescencia	31	35	12	0	8	15	0	100
Medicina Familiar	0	0	10	85	0	5	0	100
Neurocirugía	20	10	5	0	30	35	0	100
Oftalmología	39	17	11	0	11	22	0	100
Otorrinolaringología	29	12	24	0	0	35	0	100
Anatomía Patológica	31	44	13	0	0	13	0	100
Dermatología	33	13	20	0	0	33	0	100
Neurología Pediátrica	29	36	7	0	0	29	0	100
Neurología Adultos	71	7	21	0	0	0	0	100
Urología	31	15	23	0	0	31	0	100
Oncología Médica	10	30	10	0	0	50	0	100
Cirugía Pediátrica	44	22	0	0	0	33	0	100
Medicina Física Y Rehabilitación	17	83	0	0	0	0	0	100
Hematología	0	0	0	0	0	100	0	100
Nefrología	0	0	0	0	0	100	0	100
Salud Publica	0	0	0	100	0	0	0	100
Cuidados Intensivos Pediátricos	0	0	0	0	0	100	0	100
Cardiología Pediátrica	50	0	0	0	0	50	0	100
Cardiología	0	0	0	0	0	100	0	100
Endocrinología	0	0	0	0	0	100	0	100
Cirugía Y Traumatología Bucomaxilo-Facial	0	0	0	0	0	100	0	100
Nefrología Pediátrica	0	0	0	0	0	100	0	100
Medicina Nuclear	50	0	0	0	0	50	0	100
Gastroenterología	0	0	0	0	0	100	0	100
Neonatología	0	0	0	0	0	100	0	100
Inmunología	100	0	0	0	0	0	0	100
Gastroenterología Pediátrica	0	0	0	0	0	100	0	100

Especialidad/ Subespecialidad	EDF	CONE	Beca Primaria	APS 3	APS 6	FORDIR	Espec. Falentes	Total general
Cirugía De Tórax	0	0	0	0	0	100	0	100
Químico-Farmacéutico	100	0	0	0	0	0	0	100
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	0	0	0	0	0	100	0	100
Cirugía Coloproctológica	0	0	0	0	0	100	0	100
Hematología Oncológica Pediátrica	100	0	0	0	0	0	0	100
Medicina Intensiva	0	0	0	0	0	100	0	100
Cirugía Plástica Y Reparación	0	0	0	0	0	100	0	100
Reumatología	0	0	0	0	0	100	0	100
Cirugía Cardiovascular	0	0	0	0	0	100	0	100
Diabetología	0	0	0	0	0	100	0	100
Cirugía Vascular Periférica	0	0	0	0	0	100	0	100
Geriatría	0	100	0	0	0	0	0	100
Infectología	0	0	0	0	0	100	0	100
Sin Especialidad	0	0	0	0	0	100	0	100
TOTAL	19	26	10	5	11	25	4	100

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

Gráfico 5
Distribución por Especialidad, Total de Beneficiarios Cirujanos Dentistas Ingresados a Formación 2010 – 2013 (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Cuadro 23
N° de Beneficiarios Ingresados a Formación Años 2010-2013 Cirujanos Dentistas, por Especialidad

Especialidad	2010	2011	2012	2013	Total general
Rehabilitación Oral	9	8	16	34	67
Ortodoncia	15	9	7	24	55
Implantología	19	16	4	14	53
Periodoncia	4	13	8	8	33
Endodoncia	5	3	2	21	31
Odontopediatría	1	2	8	4	15
Cirugía y Traumatología Bucomáximo-Facial	2	2	1	7	12
Imagenología Dental	2	2	1	3	8
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial	2	3	1		6
Patología Oral			1		1
Sin Especialidad	2	2	2	2	8
TOTAL	61	60	51	117	289

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Los cuadros 24 y 25 muestran la distribución del número de odontólogos beneficiarios ingresados a formación el año 2013 por especialidad y componente y su estructura relativa.

Cuadro 24
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2013 por Componente y por Especialidad.
Cirujanos Dentistas

Especialidad	2010	2011	2012	2013	Var 2010-2013
Rehabilitación Oral	9	8	16	34	278%
Ortodoncia	15	9	7	24	60%
Implantología	19	16	4	14	-26%
Periodoncia	4	13	8	8	100%
Endodoncia	5	3	2	21	320%
Odontopediatría	1	2	8	4	300%
Cirugía y Traumatología Bucomáxilo-Facial	2	2	1	7	250%
Imagenología Dental	2	2	1	3	50%
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilofacial	2	3	1		-100%
Patología Oral			1		
Sin Especialidad	2	2	2	2	0%
TOTAL	61	60	51	117	95%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Cuadro 25
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Cirujanos Dentistas, Año 2013

Especialidad/ Subespecialidad	EDF	CONE	Beca Primaria	APS 3	Total
Rehabilitación Oral	32%	47%	21%	0%	100%
Ortodoncia	29%	29%	4%	38%	100%
Endodoncia	19%	19%	43%	19%	100%
Implantología	29%	43%	7%	21%	100%
Periodoncia	25%	38%	13%	25%	100%
Cirugía y Traumatología Bucomáxilo-Facial	29%	71%	0%	0%	100%
Odontopediatría	75%	25%	0%	0%	100%
Imagenología Dental	100%	0%	0%	0%	100%
Sin Especialidad	0%	0%	0%	100%	100%
TOTAL	31%	36%	16%	17%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Al analizar la comparación entre el número de médicos ingresados a formación en el periodo 2010 - 2013 con la brecha estimada por el MINSAL 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, lo que se evalúa en forma positiva porque muestra consistencia entre los objetivos y

la producción del programa. Sin embargo, en contraposición a lo anterior se observa que en el quinto y sexto lugar de los beneficiarios ingresados se encuentran las especialidades de Psiquiatría de Adultos y Obstetricia y Ginecología las cuales se encuentran en el octavo y noveno lugar respectivamente, en la lista de especialidades priorizadas, detrás de Imagenología, Traumatología y Ortopedia y Oftalmología. Esto muestra que no hay una exacta correspondencia entre las necesidades declaradas por el MINSAL y las especialidades que realmente se están formando por parte del programa. Si bien las diferencias no son tan marcadas, se considera que el programa debería realizar un esfuerzo para ajustar más estrechamente ambas relaciones.

Cabe señalar que en este análisis se consideraron los datos de la brecha estimada por el MINSAL y no por el estudio del Banco Mundial ya que éste sólo presenta las brechas de especialidad para el año 2008 y no su proyección a 2011. Además, la definición de especialidades es, en algunos casos, distinta, por ejemplo se agrupa Pediatría y Neonatología en una sola especialidad y en otros casos agrupando las especialidades de adulto con las pediátricas. Todo lo anterior hace que no sean directamente comparables con los datos presentados anteriormente.

De acuerdo a lo señalado en entrevistas con los directivos del programa, los cupos por especialidad son determinados por la oferta de las universidades. Es opinión del panel que esta distribución debería responder a políticas de desarrollo de especialidades del Ministerio de Salud, en función de un diagnóstico actualizado de la brecha existente.

Lo anteriormente expuesto se puede observar en el siguiente gráfico. Si los cupos de formación se hubieran asignado estrictamente según la prioridad establecida por el MINSAL en el año 2011 (ver cuadro 11), todos los cuadros azules deberían estar sobre la línea roja. Las marcas a la derecha (arriba) de la línea indican especialidades que han tenido menos cupos que lo que su prioridad indicaría. Los puntos a la izquierda (abajo) de la línea indican lo contrario.

Gráfico 6
Relación entre cupos de formación y prioridad MINSAL 2011

	Especialidades según N° de cupos 2010 - 2013																										
	Medicina Interna	Pediatría	Anestesiología	Cirugía General	Psiquiatría	Obstetricia y Ginecología	Traumatología y Ortopedia	Medicina de Urgencia	Imagenología	Medicina Familiar	Neurología	Psiquiatría Pediátrica	Oftalmología	Neurología Pediátrica	Anatomía Patológica	Neurocirugía	Dermatología	Urología	Otorrino	Medicina Física y Rehabilitación	Cirugía Pediátrica	Salud Pública	Laboratorio	Inmunología	Medicina Nuclear	Radioterapia	
Medicina Interna	■																										
Anestesiología			■																								
Cirugía General				■																							
Pediatría		■																									
Imagenología								■																			
Traumatología y Ortopedia						■																					
Oftalmología												■															
Psiquiatría					■																						
Obstetricia y Ginecología						■																					
Otorrino																			■								
Neurología											■																
Neurocirugía																■											
Dermatología																	■										
Medicina de Urgencia							■																				
Urología																		■									
Anatomía Patológica															■												
Medicina Física y Rehabilitación																				■							
Cirugía Pediátrica																					■						
Psiquiatría Pediátrica											■																
Medicina Familiar										■																	
Laboratorio																						■					
Neurología Pediátrica														■													
Medicina Nuclear																									■		
Salud Pública																						■					
Radioterapia																										■	
Inmunología																								■			

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Análisis de beneficiarios por Servicio de Salud

El Cuadro 26 muestra los beneficiarios ingresados a formación por Servicio de Salud⁵⁷. Se observa que 24 Servicios de Salud aumentaron su número de beneficiarios en el periodo 2010 - 2013, mientras que 3 lo disminuyeron. Entre los que aumentaron se destacan Aysén (400%), Arica (320%), Iquique y Magallanes (200%). Al no contarse con una estimación de brechas por Servicio de Salud, no es posible para este panel juzgar si estos aumentos son adecuados o no y si se alinean con la distribución geográfica de los aumentos de disponibilidad de horas médicas requeridas, a lo cual aportarán una vez finalizada la etapa de formación con el inicio del PAO.

Cuadro 26
N° de Beneficiarios Ingresados a etapa Formación de I Programa Años 2010-2013
Médicos Cirujanos por Servicio de Salud

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Total	Var. 2012-2013
--------------------	------	------	------	------	-------	----------------

⁵⁷ Cabe recordar que el beneficiario pertenece al servicio de salud que lo contrata, independientemente que su formación la pueda realizar en el campo clínico de otro servicio.

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Total	Var. 2012-2013
S.S. Arica	5	13	12	21	51	320%
S.S. Iquique	7	14	24	21	66	200%
S.S. Antofagasta	18	14	26	25	83	39%
S.S. Atacama	10	21	18	26	75	160%
S.S. Coquimbo	26	19	29	30	104	15%
S.S. Valparaíso-San Antonio	22	16	18	26	82	18%
S.S. Viña del Mar-Quillota	27	25	32	34	118	26%
S.S. Aconcagua	11	20	27	18	76	64%
S.S. Met. Norte	29	20	49	50	148	72%
S.S. Met. Occidente	31	42	40	50	163	61%
S.S. Met. Central	18	39	34	34	125	89%
S.S. Met. Oriente	26	38	42	46	152	77%
S.S. Met. Sur	30	42	64	46	182	53%
S.S. Met. Sur Oriente	56	35	78	68	237	21%
S.S. O'Higgins	28	31	33	38	130	36%
S.S. Maule	24	40	30	55	149	129%
S.S. Ñuble	32	19	38	30	119	-6%
S.S. Concepción	21	14	31	39	105	86%
S.S. Talcahuano	21	15	21	32	89	52%
S.S. Bío Bío	30	27	23	26	106	-13%
S.S. Arauco	21	16	23	19	79	-10%
S.S. Araucanía Norte	11	17	20	23	71	109%
S.S. Araucanía Sur	20	37	36	29	122	45%
S.S. Valdivia	12	19	27	25	83	108%
S.S. Osorno	13	21	26	13	73	0%
S.S. Del Reloncaví	20	19	37	27	103	35%
S.S. Chiloé	16	16	15	17	64	6%
S.S. Aysén	3	6	14	15	38	400%
S.S. Magallanes	6	9	18	18	51	200%
Total general	594	664	885	901	3.044	52%

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

No obstante lo anterior, a fin de relativizar el número de beneficiarios por Servicio de Salud y aportar mayores luces sobre su distribución, el panel ha estimado conveniente establecer la relación entre éstos y dos indicadores básicos que refieren al tamaño de los servicios y que son: 1) número de beneficiarios por cama hospitalaria y 2) número de beneficiarios por cada 1.000 beneficiarios FONASA. Se considera que estos indicadores dan cuenta de la magnitud en que las necesidades de los servicios son satisfechas, toda vez que se debería tender a una distribución homogénea de profesionales ya que se supone una distribución también relativamente homogénea del perfil epidemiológico de la población. Un análisis más fino se obtendría de utilizar factores de corrección por complejidad de las camas y por niveles de resolución de las mismas (establecimientos de derivación nacional), ya que podría establecerse una correlación positiva entre ambas variables -especialistas y complejidad de la red asistencial- análisis que el programa debería realizar para establecer sus metas de desarrollo por Servicio de Salud.

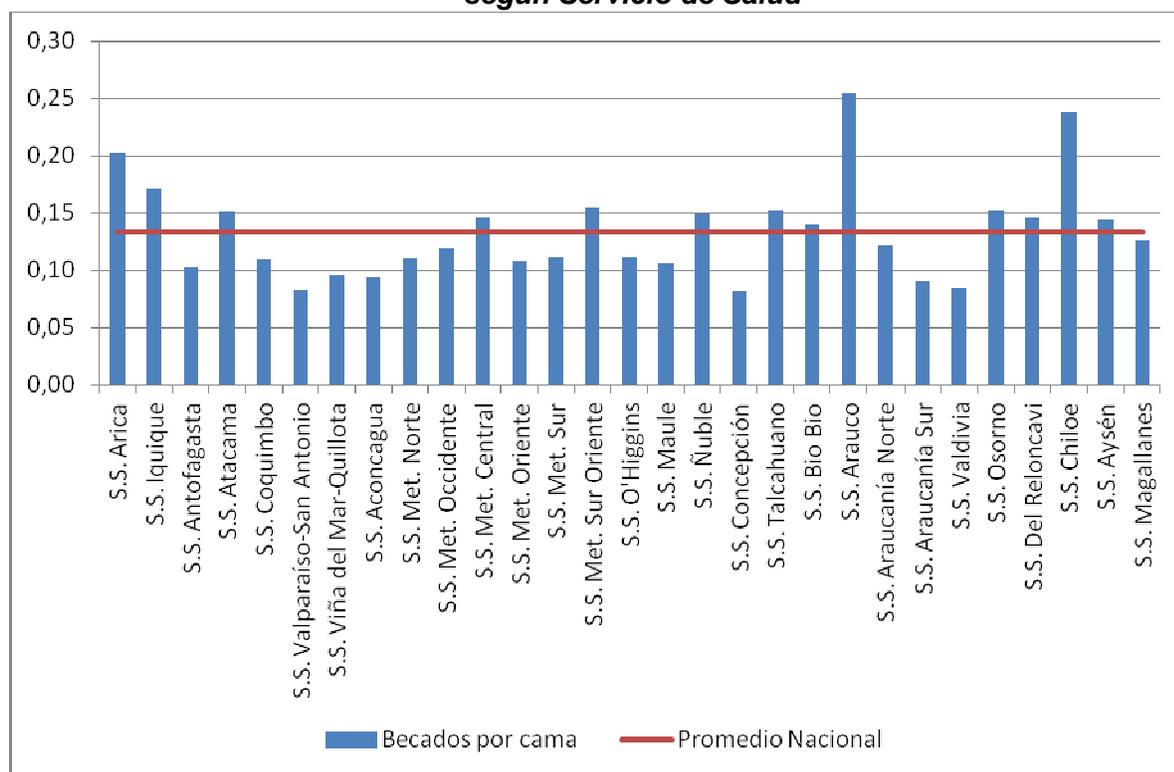
Como contrapartida, debe tenerse presente que las cifras refieren a los profesionales que entran a la etapa de formación y como ya se señaló, no se conoce cuáles son las brechas. En este escenario, pudiera ser que los servicios de menor complejidad tuvieran brechas más altas y en respuesta a eso cuentan con un mayor número de especialistas. Se considera que es un análisis que el programa debe hacer para fijar sus metas por servicio de salud.

Los resultados se muestran en los gráficos 7 y 8. Al considerar los beneficiarios por cama, destacan por sobre el promedio los servicios de Chiloé y Arauco, mientras que en el otro extremo los servicios de Valparaíso-San Antonio, Concepción, Araucanía Sur y Valdivia son los que cuentan con menos beneficiarios por cama. Llama la atención este resultado porque estos últimos servicios cuentan con establecimientos de mayor complejidad que los anteriores, y por tanto se considera que su necesidad de contar con especialistas también lo es.

Por su parte, en relación a la población beneficiaria FONASA, Arauco y Aysén se elevan muy por sobre el promedio, mientras que Viña del Mar - Quillota es el Servicio de Salud con menos becados por cada 1.000 beneficiarios FONASA.

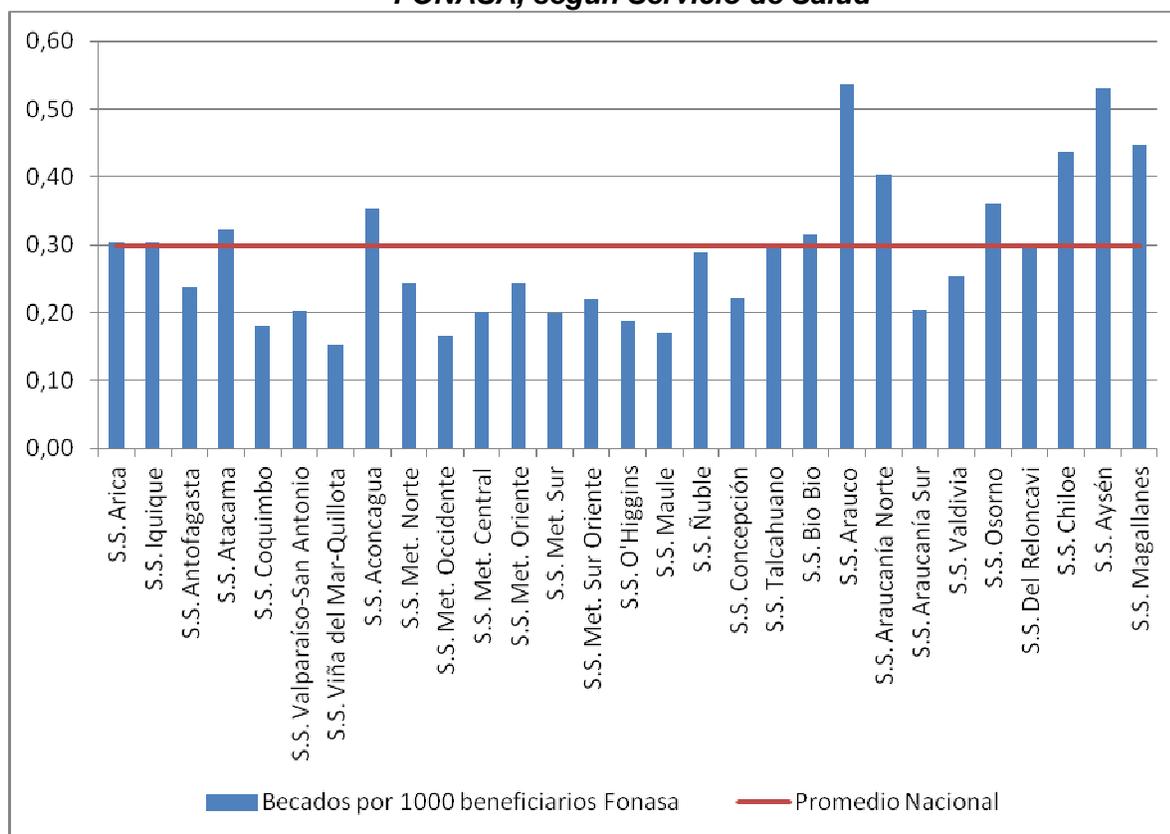
Lo anterior muestra que existe una gran variabilidad en el número de cupos que capta cada Servicio de Salud, la que no estaría explicada por el tamaño de éstos. No existen, dentro del conocimiento de este panel, otros criterios explícitos que justifiquen estas diferencias.

Gráfico 7
N° de Beneficiarios Ingresados al Programa Años 2010-2013 por Cama Hospitalaria, según Servicio de Salud



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA y DEIS MINSAL

Gráfico 8
N° de Beneficiarios Ingresados al Programa Años 2010-2013 por cada 1.000 Beneficiarios FONASA, según Servicio de Salud



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA MINSAL y FONASA.

Análisis de beneficiarios por universidad de especialización

En el Cuadro 27 y en el Gráfico 9 se presentan la distribución de beneficiarios según la Universidad en la que realizan su especialización. Se aprecia que la Universidad de Chile concentra la mayor cantidad de beneficiarios, seguida de la Universidad Católica y la Universidad de Santiago, 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. La única que disminuye su número de becados es la Universidad de la Frontera.

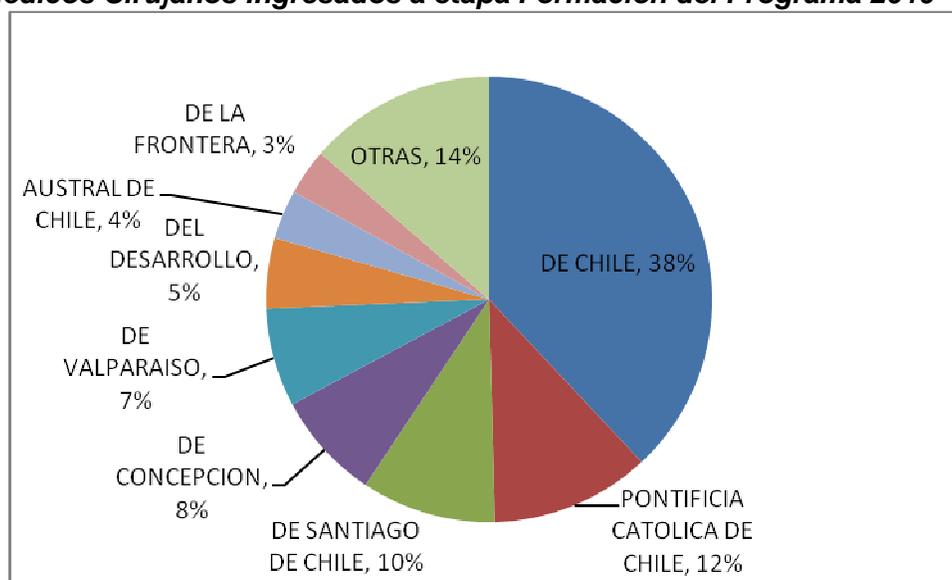
Cuadro 27
N° de Beneficiarios Ingresados a etapa de Formación del Programa, Años 2010-2013
Médicos Cirujanos por Universidad

UNIVERSIDAD	2010	2011	2012	2013	Total
De Chile	257	280	316	315	1.168
Pontificia Universidad Católica De Chile	57	67	88	136	348
De Santiago De Chile	65	66	85	82	298
De Concepción	58	54	59	69	240
De Valparaíso	34	47	67	68	216
Del Desarrollo	22	37	60	39	158

UNIVERSIDAD	2010	2011	2012	2013	Total
Austral De Chile	21	22	38	25	106
De La Frontera	23	22	33	21	99
Diego Portales		12	38	24	74
San Sebastián			14	41	55
De Los Andes	3	6	4	13	26
Andrés Bello		2	13	10	25
Católica Del Maule				21	21
De Antofagasta	2	4	2		8
Católica De La Santísima Concepción			1		1
Otras	52	45	67	37	201
TOTAL	594	664	885	901	3.044

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Gráfico 9
Distribución de Beneficiarios por Universidad
Total Médicos Cirujanos Ingresados a etapa Formación del Programa 2010 – 2013 (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Al igual que en el caso de los médicos, la Universidad de Chile concentra la mayor parte de los cupos de especialización de odontólogos. (Cuadro 28 y Gráfico 10). Se observa, además, que las Universidades de Chile, Andrés Bello y Los Andes presentan un fuerte incremento en los beneficiarios el año 2013, mientras que el resto de las universidades mantiene o disminuye sus cupos.

Como ya se señaló, el número de cupos de formación, tanto en médicos como en odontólogos, está dado por la oferta de las universidades, la que a su vez depende de su capacidad formadora en términos de campos clínicos y docentes. Ello determina la distribución de beneficiarios por componente, así como de las especialidades en que serán formados los profesionales, distribución que no responde necesariamente a las necesidades del programa para dar cumplimiento a su Propósito. Si bien esta situación responde a las prácticas históricas

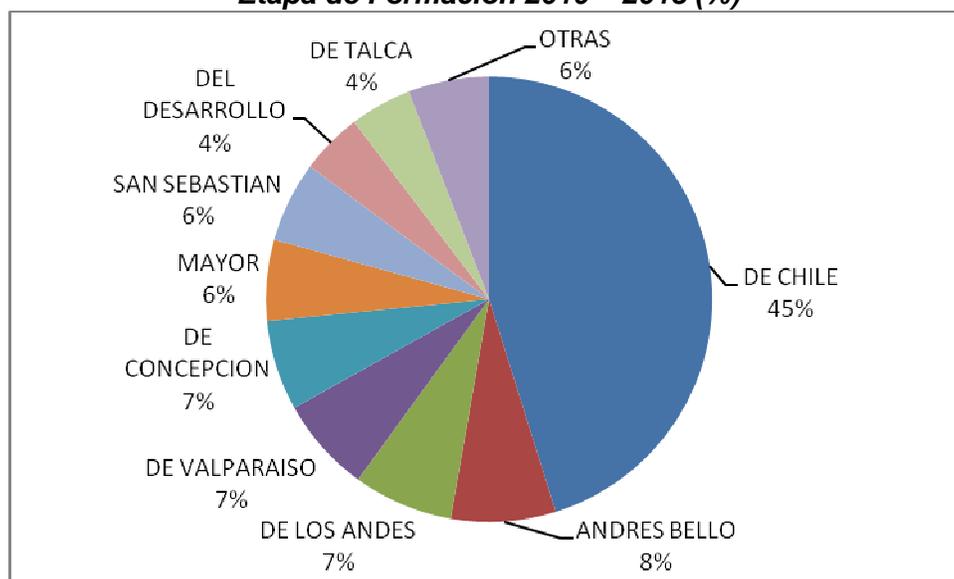
en la relación entre el programa y las universidades, se considera que es factible que el programa explore otras alternativas para aumentar su capacidad de influencia en la determinación de la oferta de cupos, como podría ser la realización de licitaciones públicas por los cupos de formación.

Cuadro 28
N° de Beneficiarios Ingresados a etapa Formación de I Programa, Años 2010-2013
Cirujanos Dentistas por Universidad

UNIVERSIDAD	2010	2011	2012	2013	Total
De Chile	21	12	22	76	131
Andrés Bello	3	2	2	14	21
De Los Andes	3	5	1	12	21
De Valparaíso	5	13	1	1	20
De Concepción	4	8	5	2	19
Mayor	6	5	5	1	17
San Sebastián	5	5	5	2	17
Del Desarrollo	4	4	1	4	13
De Talca	5	2	4	2	13
De La Frontera	2		5		7
Sin Información De Universidad	2	1			3
Finis Terrae		3			3
De Antofagasta	1			2	3
Diego Portales				1	1
TOTAL GENERAL	61	60	51	117	289

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Gráfico 10
Distribución de Beneficiarios por Universidad, Total Cirujanos Dentistas Ingresados a la
Etapa de Formación 2010 – 2013 (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL

Análisis por sexo

En cuanto a la composición por sexo entre los médicos cirujanos que ingresaron a formación en el Programa en el periodo en evaluación, se observa un 58% de hombres frente a un 42% de mujeres. Esta distribución se mantiene aproximadamente constante entre los distintos componentes, excepto en el componente APS 6 años, en el que la distribución se invierte (Cuadro 29). Cabe señalar que 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 años⁵⁸.

Cuadro 29
Distribución de Beneficiarios por Sexo, según Componente, Total de Médicos Cirujanos Ingresados al Programa 2010 - 2013 (N° y %)

COMPONENTES	Mujeres		Hombres		Total
	N°	%	N°	%	N°
EDF	243	39,5	372	60,5	615
CONE	99	37,9	162	62,1	261
Becado Primario	19	40,4	28	59,6	47
APS 3 años	19	37,3	32	62,7	51
APS 6 años	250	59,2	172	40,8	422
FORDIR	285	36,6	493	63,4	778
Progr. Espec. Fal.	21	38,9	33	61,1	54
TOTAL	936	42,0	1.292	58,0	2.228

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL. El 27% de los beneficiarios en la base de datos no registra género.

Al analizar la distribución por sexo en las distintas especialidades se observa que aquellas 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%). (Ver Cuadro 30).

El programa no aplica criterios de discriminación positiva o negativa de género en ninguna de las etapas de selección de beneficiarios ya que ésta responde a criterios objetivos, lo que se evalúa adecuado.

Cuadro 30
Distribución de Beneficiarios por Sexo, según Especialidad, Total de Médicos Cirujanos Ingresados al Programa 2010 - 2013 (N° y %)

ESPECIALIDADES	Mujeres		Hombres		Total
	N°	%	N°	%	N°
Medicina Interna	157	39	244	61	401
Pediatría	191	75	63	25	254
Anestesiología	76	42	103	58	179
Cirugía General	32	20	127	80	159
Psiquiatría Adultos	82	45	99	55	181
Obstetricia y Ginecología	79	53	70	47	149
Traumatología y Ortopedia	12	9	120	91	132
Medicina de Urgencia	13	22	47	78	60

⁵⁸ INE, Compendio Estadístico 2013.

ESPECIALIDADES	Mujeres		Hombres		Total
	N°	%	N°	%	N°
Imagenología	26	30	61	70	87
Medicina Familiar	12	63	7	37	19
Neurología Adultos	29	38	48	62	77
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	49	80	12	20	61
Oftalmología	14	29	35	71	49
Neurología Pediátrica	29	88	4	12	33
Neurocirugía	8	22	29	78	37
Anatomía Patológica	18	51	17	49	35
Dermatología	16	37	27	63	43
Urología	1	3	33	97	34
Otorrinolaringología	4	15	23	85	27
Cirugía Pediátrica	13	65	7	35	20
Medicina Física y Rehabilitación	14	64	8	36	22
Salud Pública	1	14	6	86	7
Cardiología	2	13	13	87	15
Oncología Médica	7	50	7	50	14
Hematología	6	60	4	40	10
Nefrología	3	43	4	57	7
Gastroenterología	3	43	4	57	7
Cirugía Vascul ar Periférica	0	0	8	100	8
Medicina Intensiva	0	0	8	100	8
Infectología	1	13	7	88	8
Cirugía Plástica y Reparación	1	50	1	50	2
Endocrinología	1	33	2	67	3
Cardiología Pediátrica	1	33	2	67	3
Gastroenterología Pediátrica	2	67	1	33	3
Geriatría	1	50	1	50	2
Cuidados Intensivos Pediátricos	3	75	1	25	4
Inmunología	5	83	1	17	6
Laboratorio Clínico	3	75	1	25	4
Cirugía Coloproctológica	0	0	4	100	4
Neonatología	3	75	1	25	4
Hematología Oncológica Pediátrica	2	67	1	33	3
Medicina Nuclear	1	33	2	67	3
Reumatología	1	25	3	75	4
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	1	50	1	50	2
Enfermedades Respiratorias	2	67	1	33	3
Nefrología Pediátrica	1	100	0	0	1
Endocrinología Pediátrica	2	100	0	0	2
Químico-Farmacéutico	1	100	0	0	1
Diabetología	1	100	0	0	1
Periodoncia	0	0	1	100	1
Sin Especialidad	6	23	23	77	29
TOTAL	936	66	1.292	134	2.228

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL. El 27% de los beneficiarios en la base de datos no registra género.

En el caso de los cirujanos dentistas, la distribución por sexo es más igualitaria, con un 53% de mujeres y un 47% de hombres, aunque en los componentes se observan mayores diferencias. (Cuadros 31 y 32). 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.

Cuadro 31
Distribución de Beneficiarios por Sexo, según Componente, Total Cirujanos Dentistas Ingresados al Programa 2010 - 2013 (N° y %)

COMPONENTES	Mujeres		Hombres		Total
	N°	%	N°	%	N°
EDF	88	56,8	67	43,2	155
CONE	2	33,3	4	66,7	6
Becado Primario	2	66,7	1	33,3	3
FORDIR	20	41,7	28	58,3	48
TOTAL	112	52,8	100	47,2	212

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL. Coincidentemente con el dato de médicos, el 27% de los beneficiarios en la base de datos no registra género.

Cuadro 32
Distribución de Beneficiarios por Sexo, según Especialidad, Total de Cirujanos Dentistas Ingresados al Programa 2010 - 2013 (N° y %)

ESPECIALIDADES	Mujeres		Hombres		Total
	N°	%	N°	%	N°
Rehabilitación Oral	28	57,1	21	42,9	49
Ortodoncia	23	51,1	22	48,9	45
Implantología	18	46,2	21	53,8	39
Periodoncia	9	37,5	15	62,5	24
Endodoncia	12	75,0	4	25,0	16
Odontopediatría	10	90,9	1	9,1	11
Cirugía Y Traumatología Bucomáxilo-Facial		0,0	7	100,0	7
Imagenología Dental	6	75,0	2	25,0	8
Cirugía De Cabeza, Cuello Y Máxilofacial	2	33,3	4	66,7	6
Sin Especialidad	3	50,0	3	50,0	6
Patología Oral	1	100,0		0,0	1
TOTAL GENERAL	112	52,8	100	47,2	212

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas – SRA - MINSAL. Al igual que en los médicos, el 27% de los beneficiarios en la base de datos no registra género.

Análisis de cobertura

El Fin y Propósito de este programa se centran en aumentar la disponibilidad y retención de horas médicas y odontológicas para desempeñarse en la red pública de salud, contribuyendo de esa forma en la reducción de brechas de médicos y odontólogos especialistas en la citada red. En consecuencia, no es pertinente evaluar el programa solamente por la cobertura que

obtenga en su población objetivo (los médicos y odontólogos generales que podrían acceder a becas de formación⁵⁹).

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. Los Cuadros 33 y 34 muestran la cobertura de este componente para médicos y odontólogos, respectivamente. Cabe señalar que no fue posible calcular la cobertura para el año 2013 ya que no se cuenta con el dato de su población objetivo para dicho año. En este componente en particular, la cobertura se calculó considerando los beneficiarios que ingresan a la etapa de destinación, por ese motivo los beneficiarios efectivos difieren de los mostrados en los Cuadros 21 y 23, que contienen los beneficiarios que ingresan a la etapa de formación. Esto porque la definición de población objetivo es la correspondiente al concurso para ingresar al ciclo de destinación.

Como se puede apreciar, entre 2010 y 2012 la cobertura de los médicos ha aumentado en 82%, ya que en 2010 ésta fue de 11,7% y en 2012 el componente abarcó al 21,3% de la población objetivo del programa. El panel no puede pronunciarse sobre la pertinencia de estos resultados ya que para ello sería necesario conocer la cobertura alcanzada por los demás componentes del programa.

Cuadro 33
Cobertura Componente 1 EDF, Médicos (Ingreso a Destinación)
Años 2010-2013

Año	Población Objetivo (a)	Beneficiarios Efectivos (b)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (b)/(a)
<i>2010</i>	1.077	126	11,7%
<i>2011</i>	1.355	186	13,7%
<i>2012</i>	1.036	221	21,3%
<i>2013</i>	n.d.	239	n.d.
%Variación 2010-2013	n.d	89,7%	n.d

⁵⁹ Ver la sección 1.2 para la diferenciación entre población primaria y secundaria, su definición y cuantificación.

En lo que dice relación con los odontólogos, no se observa una tendencia clara en la cobertura, ya que ésta aumenta el año 2011, para luego caer fuertemente el año 2012. Esta última caída se explica tanto por una disminución en el número de beneficiarios como por un aumento en la población objetivo.

Cuadro 34
Cobertura Componente 1 EDF, Odontólogos (Ingreso a Destinación)
Años 2010-2013

Año	Población Objetivo (a)	Beneficiarios Efectivos (b)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (b)/(a)
2010	686	40	5,8%
2011	761	56	7,4%
2012	889	26	2,9%
2013	n.d.	41	n.d.
%Variación 2010-2013	n.d.	2,5%	n.d.

Fuente: Elaboración propia en base a datos Programa de Formación de Especialistas-MINSAL

En relación a las variaciones de cobertura observadas en médicos y odontólogos, a juicio del panel, no indican suficiencia o insuficiencia del programa ya que ésta dependerá de su aporte al cierre de brechas y no de cuántos médicos y odontólogos se queden sin entrar al programa.

2.3. Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

El programa no cuenta con instrumentos que permitan medir la calidad del mismo, tales como encuestas de satisfacción de sus beneficiarios o instancias asociadas al proceso productivo, como podrían ser los profesionales en formación y otros usuarios del programa, como directores de Servicios de Salud, directores de establecimientos del SNSS, de la APS o representantes de las universidades.

El panel no puede pronunciarse sobre la oportunidad de los diferentes procesos (transferencias a los SS y APS para el pago a becarios, pago a los becarios, pago de aranceles a las universidades, y otros pagos) ya que el programa no ha implementado mecanismos que puedan medir esta oportunidad, como podría ser un registro de reclamos.

Se evalúa que es un aspecto que el programa debe desarrollar para obtener retroalimentación necesaria que le permita revisar y orientar sus procesos, en caso de ser pertinente.

3. ECONOMÍA

3.1. Fuentes y uso de recursos financieros

Las fuentes de financiamiento del programa corresponden a los recursos asignados para el programa en el Presupuesto del Ministerio de Salud (ST 21 de los Servicios de Salud y que se consignan en el 1.1 "Asignación Específica del Programa" en el Cuadro 35). Cabe señalar que no se presenta el presupuesto 2014 porque se dispuso de información parcial (\$ 42.575.446

millones). Este monto es inferior en aproximadamente un 10% al presupuesto de 2013 y no se cuenta con antecedentes que lo justifiquen⁶⁰. Por tanto, el análisis se realiza en base al presupuesto 2013. En tal año, éste alcanzó a una cifra superior a MM\$ 46.324 la que representó casi el 100% del financiamiento del programa y experimentó un crecimiento de 127% entre 2010 y 2013. La segunda fuente de financiamiento proviene de una estimación del gasto en que incurre la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la gestión del programa (Línea 1.2 “Asignación Institución Responsable Subtítulos 21 y 22” en el cuadro siguiente), que alcanzó al 0,4% del gasto total en 2013 y tuvo un aumento del 66% en el período (ver Cuadro 35 y Anexo 5).

Cuadro 35
Fuentes de Financiamiento del programa 2010-2013 (Miles de \$ 2014)

Fuentes de Financiamiento	2010		2011		2012		2013		Variación 2010-2013
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	20.424.900	100,0	23.668.164	100,0	40.239.289	100,0	46.324.297	100,0	127%
1.1. Asignación específica al Programa ⁶¹	20.308.043	99,4	23.525.673	99,4	39.952.005	99,3	46.130.757	99,6	127%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21 y 22 ⁶²)	116.857	0,6	142.491	0,6	287.283	0,7	193.540	0,4	66%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
2. Extrapresupuestarias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	20.424.900	100,0	23.668.164	100,0	40.239.289	100,0	46.324.297	100,0	146%

Fuente: Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

Además de lo anterior, concurren también al financiamiento del programa los Servicios de Salud con el pago de las remuneraciones y el PAO de los beneficiarios en calidad de comisión de estudios y de becarios, recursos que no han sido identificados ni cuantificados por el programa, lo que lleva a concluir que el gasto del programa está subvaluado. Si bien se trata de una cantidad indeterminada, se estima que puede ser relevante toda vez que el stock de los beneficiarios en comisión de estudios que se encuentran en etapa de Formación, representó en 2013 cerca de la mitad del total de beneficiarios. Si a lo anterior se agrega que la remuneración de éstos es superior a los estipendios de los becarios, se puede concluir que existe una importante subvaluación del programa en términos de los gastos en que el sector público efectivamente incurre para la formación de especialistas.

⁶⁰ Además, falta adicionar los gastos en que incurre la Subsecretaría de Redes Asistenciales para la gestión del programa, dato no disponible.

⁶¹ Asignación específica al Programa: es aquella que se realiza con cargo al presupuesto asignado a la institución responsable mediante la Ley de Presupuestos del Sector Público.

⁶² Asignación Institución responsable: Son los recursos financieros aportados al programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en el Ítem 21 “Gastos en Personal”, Ítem 22 “Bienes y Servicios de Consumo”, Ítem 29 “Adquisición de activos no financieros” u otros, del presupuesto de dicha institución responsable.

A fin de establecer un orden de magnitud de dicha subvaloración, se presenta a continuación el siguiente ejercicio teórico que consiste en valorizar el stock de beneficiarios en comisión de estudios que se encuentran en etapa de formación en el año 2013, utilizando la remuneración promedio de éstos informada por el programa y que asciende a M\$1.700 mensuales (ver cuadro 36). Cabe señalar que, a juicio del panel, es atribuible al programa el gasto de las remuneraciones de los beneficiarios en etapa de formación y no así de quienes se encuentren en la etapa PAO, cuya remuneración debería corresponder a las instancias asistenciales donde éstos se están desempeñando, en tanto se trata de mano de obra calificada como especialista que aumenta la oferta de horas disponibles y, si por el contrario no dispusiera de dichos profesionales, éstos deberían ser reemplazados por otros y financiados por, ya sea el Servicio de Salud o la municipalidad respectiva.

Los resultados que se muestran en el cuadro siguiente indican que, a lo menos, los Servicios de Salud e Instancias de Administración Municipal estarían contribuyendo al financiamiento del programa con un monto cercano a los 41 mil millones de pesos, lo que haría casi duplicar el gasto que ejecuta el programa. A lo anterior, debería agregarse el gasto en la gestión del programa que ejecutan los niveles locales (SS y APS), y que no está identificado ni cuantificado, el cual debería aplicarse a las etapas de Destinación, Formación y PAO. En opinión del panel, para la mejor gestión del programa es relevante que el programa conozca la totalidad de recursos que aportan a su financiamiento.

Cuadro 36
Gasto Estimado de SS y APS en remuneraciones beneficiarios
Etapa de Formación, stock 2013

Gasto SS Stock Etapa de Formación año 2013	N° Beneficiarios	Remuneración Promedio año M\$	Costo total año M\$
EDF	573	20.400	11.689.200
APS 3 años	133	20.400	2.713.200
APS 3 años	491	20.400	10.016.400
FORDIR	802	20.400	16.360.800
TOTAL	1.999	20.400	40.779.600

Fuente: Elaboración Panel en base a información del programa

En el cuadro 37 se presenta el gasto devengado de la institución responsable e incluye el gasto de producción y de administración (gasto ejecutado por los servicios de salud, APS municipal y Subsecretaría de Redes Asistenciales). En el año 2013, éste alcanza a poco más de MM\$ 46.000, monto que se ha incrementado en 127% en el período evaluado experimentando un aumento sostenido cercano al 15% en los años 2011 y 2013 con respecto al año anterior. Esta tendencia se rompe en 2012 donde el crecimiento es de 70,1% en relación a 2011, lo que se explica, principalmente, por el aumento del número de beneficiarios que ingresan al programa, que en 2012 crecen en 32,6% con respecto a 2011 (Ver cuadro 13). Se debe considerar por una parte, el crecimiento de los beneficiarios que ingresan al programa y, en particular, la entrada en operación del componente 7, Especialidades en Falencia, lo que se traduce en un incremento del stock de beneficiarios cada año. 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), como se analiza más adelante en el desglose por subtítulo. 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.

Cuadro 37
Gasto Total del programa 2010-2013 (Miles de \$ 2014)

AÑO	Gasto Devengado ⁶³ de la institución responsable del programa ⁶⁴	Total Gasto del programa	Variación anual (%)
2010	\$ 20.307.141	\$ 20.307.141	
2011	\$ 23.539.091	\$ 23.539.091	15,9
2012	\$ 40.051.069	\$ 40.051.069	70,1
2013	\$ 46.035.791	\$ 46.035.791	14,9
Variación 2010-2013	127%	127%	

Fuente: Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

Al analizar el desglose del gasto por subtítulo (ver cuadro 38), se puede apreciar que el de mayor importancia es el gasto en personal, que en el año 2013 alcanza al 54,1% del total, seguido por las transferencias a la APS municipal (25,6%) y el gasto en bienes y servicios de consumo (20,3%).

El gasto en personal está destinado al pago de estipendios de los beneficiarios en calidad de becarios mientras dure su período de formación y también del PAO del componente APS 3 años, en tanto los bienes y servicios de consumo corresponden al pago de los convenios con las universidades por los aranceles de los beneficiarios del programa, mientras que las transferencias a la APS están destinadas a financiar los aranceles a las universidades de los profesionales APS en formación y el pago de tutores del componente APS 6 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, cuando sube desde casi 10 mil millones de pesos a más de 22 mil trescientos millones de pesos. Esto se explica por la variación experimentada en el número de beneficiarios en stock del programa.

En lo referente al gasto en bienes y servicios de consumo, han 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, aunque en términos absolutos el gasto crece sostenidamente todos los años, lo que se explica por igual comportamiento del stock de beneficiarios en el período. Por otra parte, se considera que si bien es positiva 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%⁶⁵, 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 producción⁶⁶, restringe la capacidad de negociación del programa respecto de potenciar algunas especialidades por sobre otras, definidas en función de la política asistencial.

⁶³ Gasto devengado corresponde a todas las obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no pagadas (Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N°60.820, de 2005).

⁶⁴ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del Programa".

⁶⁵ Información entregada por el programa.

⁶⁶ 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.

Por su parte, las transferencias a la APS municipal experimentaron un crecimiento de 27% en el período evaluado, mostrando una tendencia decreciente en su importancia relativa en el 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 una asignación específica en la Ley de Presupuesto de los Servicios de Salud, con las aperturas necesarias mediante glosas, lo que contribuiría al mayor ordenamiento y control de la ejecución de los gastos del programa.

Cuadro 38
Desglose del Gasto Devengado en Personal,
Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2010-2013 (Miles de \$ 2014)

	2010		2011		2012		2013		Variación 2010- 2013
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal	7.224.572	35,6	9.903.865	42,1	22.353.574	55,8	24.924.671	54,1	245,0
2. Bienes y Servicios de Consumo	3.807.545	18,7	4.173.367	17,7	6.085.778	15,2	9.328.387	20,3	145,0
3. Inversión	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
4. Transferencia a la APS municipal	9.275.024	45,7	9.461.859	40,2	11.611.717	29,0	11.782.732	25,6	27,0
Total Gasto Devengado	20.307.141	100,0	23.539.091	100,0	40.051.069	100,0	46.035.791	100,0	126,7

Fuente: Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

No se hará análisis del gasto anual por componente ya que el programa no dispone de esa información, lo que se evalúa inadecuado. Se considera que el conocimiento de los gastos en que se incurre para la producción de los distintos componentes es 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.

En síntesis, en relación a las fuentes y usos de recursos financieros, se evalúa que las primeras no están bien identificadas ni cuantificadas, ya que, tanto en la producción de servicios como en la gestión del programa, concurren otras distintas a las identificadas por el programa, como es el gasto de Servicios de Salud y APS municipal, lo que implica una subestimación del gasto total. Con respecto al uso de recursos, el panel considera que los conceptos de gasto que financia el programa no responden a criterios homogéneos en los distintos componentes lo que lleva a una disparidad en el financiamiento del programa. En lo específico, no hay claridad respecto al financiamiento del PAO puesto que, en algunos casos (APS 3 años) el programa concurre con recursos para esto. A juicio del panel, el programa debería definir un ordenamiento basado en criterios objetivos sobre las etapas del proceso productivo que serán financiadas con su presupuesto. En esta materia, se considera que es costo del programa la etapa de Formación de especialistas, en todos los conceptos de gasto involucrados. Por el contrario, la etapa PAO no debería formar parte del costo del programa, ya sea que en la actualidad el financiamiento provenga del presupuesto del programa o de las unidades ejecutoras (SS y APS municipal), debido a que los profesionales en cuestión están desempeñando una labor asistencial en calidad de especialistas, la que debería ser financiada por la entidad asistencial que recibe esos servicios, en el entendido de que si ese puesto de trabajo no fuera ocupado por un profesional en PAO, igualmente el cargo sería ocupado por

otro profesional en su reemplazo. No obstante lo anterior, se considera que es responsabilidad del programa el monitoreo y control del cumplimiento de la etapa PAO por parte de los beneficiarios del programa, gestión que debería incluir la estrecha coordinación entre el programa y los Servicios de Salud a fin de asegurarles el cupo de PAO una vez que éstos terminen su etapa de formación. Lo señalado implica que los costos de administración correspondientes a la gestión del programa tanto a nivel central como local, deberían incluir la etapa PAO.

3.2. Ejecución presupuestaria del programa

El análisis de la ejecución del presupuesto del programa muestra niveles cercanos al 100% en todos los años evaluados (ver Cuadro 39). Cabe señalar, sin embargo, que ello podría deberse a que los recursos se consignan como ejecutados presupuestariamente en el momento en que se hacen las reasignaciones presupuestarias. Por tanto, se considera que se podría obtener una correcta trazabilidad de los recursos ejecutados por los Servicios de Salud y APS municipal, tanto en su oportunidad como del destino de los mismos, si la asignación inicial del presupuesto en los Servicios de Salud tuviera las aperturas por subtítulo de gasto (21, 22 y 24) donde efectivamente se ejecuta.

En el escenario descrito, se esperaría que el programa tuviera una ejecución del 100% de su presupuesto. Aunque ésta es baja, no se conoce la razón de la sub ejecución, lo que podría deberse a variaciones entre el número de beneficiarios que se esperaba financiar (renuncias u otras situaciones) o disminución en otros gastos presupuestados. Al respecto, se considera necesario que esta explicación sea conocida por el programa para lograr su adecuada gestión financiera.

Cuadro 39
Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2010-2013 (Miles de \$ 2014)

Año	Presupuesto Inicial del programa (a)	Gasto Devengado (b)	% ⁶⁷ (b/a)*100
2010	20.424.900	20.307.141	99,4
2011	23.668.164	23.539.091	99,5
2012	40.239.289	40.051.069	99,5
2013	46.324.297	46.035.791	99,4

Fuente: Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

3.3. Aportes de Terceros

El programa no aplica una política para allegar recursos de terceros.

3.4. Recuperación de Gastos

El programa cuenta con un instrumento que permite recuperar gastos y se refiere a la obligatoriedad que tienen los profesionales en formación de firmar, en el momento antes de ingresar al proceso formal de formación, una Garantía mediante escritura pública que se hará efectiva en caso de no cumplimiento del PAO. En 2014 ésta asciende a 5.000 UF lo que equivale a M\$ 116.563⁶⁸. Se considera que es un monto adecuado ya que cubre satisfactoriamente el gasto incurrido por el programa en la formación de especialistas. Esta aseveración se basa en el cálculo del gasto anual promedio estimado para el año 2013 que

⁶⁷ Porcentaje que representa el gasto devengado sobre el presupuesto inicial del programa.

⁶⁸ Valor UF al 01.01.2014 \$23.312,57

alcanza a M\$ 12.752 (ver cuadro 43) y dado que la formación promedio es de 3 años de duración, el gasto total de formación del programa es cercano a M\$ 40.000.

4. EFICIENCIA

Se analizará el gasto total del programa en términos agregados, sin diferenciar por componentes debido a que el programa no dispone del gasto desagregado por componente, lo que se evalúa inadecuado, como ya se señaló.

4.1. A nivel de resultados intermedios y finales

Para efectos de esta evaluación, es posible identificar como resultado final del programa a los profesionales médicos y odontólogos formados en una especialidad o subespecialidad, que se desempeñan en la red pública de salud en la etapa de PAO. El análisis de eficiencia de este resultado requiere conocer el gasto incurrido en esta etapa por cada profesional formado, información no disponible. Una aproximación a esta cifra se puede obtener de comparar el costo medio obtenido del ejercicio teórico que se presenta más adelante (cuadro 43), que es un promedio de todas las etapas del programa, con el sueldo promedio de un especialista que se desempeña en la red pública de salud y que no pertenece a la etapa PAO del programa. Pese a que las remuneraciones de éstos presentan un alto grado de variabilidad (por concepto de la aplicación de distintas asignaciones), una estimación señala que éstas se ubicarían en un nivel superior aproximado entre un 15% y 20%⁶⁹ a la cifra presentada en el cuadro 43. Aún cuando esta comparación señalaría que existe eficiencia en el resultado obtenido por el programa ya que el costo del PAO sería inferior a la contratación de especialistas que no forman parte del programa, es necesario señalar enfáticamente que, a juicio del panel, una conclusión definitiva sobre la eficiencia requiere que se identifiquen y valoricen todos los gastos en que incurre el sector público de salud en el proceso productivo del programa, incluyendo los gastos que financian los Servicios de Salud e instancias de administración municipal.

Por su parte, el resultado intermedio se puede medir como el proceso de formación, ya que para que se pueda alcanzar el resultado final, es decir contar con un especialista desempeñando su período PAO en la red pública de salud, es necesario que previamente éste sea formado. A este respecto, el programa no da cuenta del gasto total en que se incurre en la formación, ya que los gastos consignados son solamente una parte, como ya se señaló por lo que no es posible pronunciarse sobre el análisis de eficiencia de este resultado intermedio.

4.2. A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

En el caso del programa en evaluación, el gasto promedio por unidad de producto y el gasto promedio por beneficiario son iguales, debido a que la unidad de producto del programa es un beneficiario. Dado que no se cuenta con el gasto por componente, se hará el análisis del gasto unitario promedio por subtítulo que se obtiene de relacionar el gasto total anual y beneficiarios en stock de los componentes y etapas que financia el programa⁷⁰. Por tal razón, se excluyen del análisis los componentes cuyos beneficiarios son financiados por los Servicios de Salud.

En el cuadro 40 siguiente se presenta el gasto unitario del Subtítulo 21 para los años 2012 y 2013, que se obtiene de dividir el gasto total en personal del programa por el número de stock beneficiarios en etapa de formación de los componentes cuyos estipendios financia el programa. Cabe señalar que no se consideran los años 2010 y 2011 en el análisis porque los

⁶⁹ Información proporcionada verbalmente por el programa.

⁷⁰ El Reglamento de Becarios, Decreto 507 de 1990 establece que el período PAO debe pagarlo al beneficiario el Servicio de Salud o la entidad Administradora de Salud Municipal, ya sea en cargos a contrata o planta. Asimismo, existe evidencia de que el programa transfiere recursos para el pago del PAO del componente APS 3 años.

beneficiarios del CONE fueron registrados junto con los del FORDIR, lo que impide contar con el dato confiable de beneficiarios totales financiados por el programa. Además de lo anterior, se debe tener presente también que es probable que el stock de los años 2012 y 2013 esté subestimado debido a que 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. Dado que no se cuenta con la información de cuántos están en una u otra condición, se analizan dos escenarios. 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 resultado obtenido en el escenario 1 indica que el gasto unitario promedio anual en personal alcanza a M\$ 76.816 y M\$ 37.822 en los años 2012 y 2013, respectivamente, lo que significa un monto mensual de M\$ 6.401 en 2012 y M\$ 3.152 en 2013. Cabe señalar que esta última cifra es más del doble del monto promedio del estipendio (M\$1.400 al mes aproximadamente) informado por el programa. En este escenario, se considera que estos resultados son en extremo anómalos ya que presentan una disminución a casi la mitad en 2013 con respecto al año anterior, además que en ambos años se registra un elevado gasto unitario. Sólo es posible formular la hipótesis de que los datos proporcionados por el programa, ya sea la base de datos de beneficiarios o los gastos del Subtítulo 21, son incompletos o errados, lo que se evalúa en forma negativa.

El análisis del escenario 2, entrega valores anuales de M\$ 19.905 en 2012 y M\$ 17.060 en 2013, los que llevados a su equivalencia mensual entrega cifras de M\$ 1.659 y M\$ 1.422 en esos mismos años. 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.

Cuadro 40
Gasto Promedio por Beneficiario en Formación, Subtítulo 21 Años 2012 - 2013
(Miles de \$ 2014)

N° Beneficiarios Formación - Estipendios	2010	2011	2012	2013
Escenario 1. FORDIR 100% Com. estudio				
CONE			208	472
Becado Primario (años anteriores)			33	1
Becado Primario				102
Especialmente Falentes			50	84
Total beneficiarios con Financiamiento Programa			291	659
Gasto total programa ST 21			22.353.574	24.924.671
Gasto unitario ST 21 año			76.816	37.822
Escenario 2. FORDIR 100% becarios				
CONE			208	472

Becado Primario (años anteriores)			33	1
Becado Primario				102
Especialmente Falentes			50	84
FORDIR			832	802
Total beneficiarios con Financiamiento Programa			1.123	1.461
Gasto total programa ST 21			22.353.574	24.924.671
Gasto unitario ST 21 año			19.905	17.060

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

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 que va desde M\$ 3.796 a M\$ 4.586 entre 2010 y 2013, lo que significa un aumento de 20,8%. Si se tiene presente que el arancel médico promedio pagado en 2013 fue de M\$ 3.400, a lo que se debe agregar el arancel odontológico que en 2013 fue el precio de lista de las distintas universidades, cifra superior al arancel médico, lo que haría elevarse el promedio. Si bien el arancel odontológico es más alto al médico⁷¹, 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 ya que el costo unitario es superior al arancel médico pagado a las universidades en cerca del 35%. Al igual que lo observado en el gasto en personal, es posible que los datos proporcionados (beneficiarios y gasto) estén incompletos o errados, lo que se evalúa en forma negativa. (Ver cuadro 41).

Cuadro 41
Gasto Promedio por Beneficiario en Formación, Subtítulo 22 Años 2010 - 2013
(Miles de \$ 2014)

N° Beneficiarios Formación - Aranceles	2010	2011	2012	2013
EDF	369	559	579	573
CONE		1	208	472
Becado Primario ⁷²	37	34	33	103
FORDIR	597	734	832	802
Especialm. Falentes			50	84
Total N° Benef. Formación	1.003	1.328	1.702	2.034
Gasto total programa ST 22	3.807.545	4.173.367	6.085.778	9.328.387
Gasto unitario ST 22 año	3.796	3.143	3.576	4.586

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

En lo referente al gasto unitario promedio por beneficiario del subtítulo 24, Transferencias a la APS municipal, incluye el gasto por concepto de pago de aranceles a las universidades, pago del PAO del componente APS 3 años y pago de tutores del componente APS 6 años. Por su parte, los beneficiarios considerados en este cálculo son el stock que se encuentra en etapa de formación en los componentes APS 3 años y APS 6 años, más el pago de tutores de este último. Como se puede observar en el cuadro 42, el gasto unitario promedio anual alcanza a M\$ 14.387 en 2013, cifra que ha experimentado un descenso de 42% en el período evaluado. Esta

⁷¹ para el panel no es posible determinar con exactitud en cuánto subiría este promedio por efectos del arancel odontológico ya que no se dispuso del monto de éste en los citados años.

⁷² Incluye beneficiarios Becado Primario de "arrastre" correspondiente a beneficiarios que ingresaron al componente en años anteriores a 2013.

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.

Cuadro 42
Gasto Promedio por Beneficiario en Formación, Subtítulo 24 Años 2010 - 2013
(Miles de \$ 2014)

Pago Aranceles, PAO APS 3 y Tutores APS 6	2010	2011	2012	2013
APS 3	180	176	167	133
APS 6	179	291	396	491
PAO APS 3 años	17	67	127	195
Total N° Beneficiarios en Formación	376	534	690	819
Gasto total programa ST 24	9.275.024	9.461.859	11.611.717	11.782.732
Gasto unitario ST 24 año	24.668	17.719	16.829	14.387

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

Finalmente, en base a las cifras de gasto unitario promedio presentadas se ha construido el promedio simple y ponderado por beneficiario anual que se presenta en el cuadro siguiente. Sin embargo, debe tenerse presente que, debido a la ya señalada debilidad de la información, las cifras presentadas son sólo a modo de ejercicio teórico, por lo que no es posible extraer conclusiones de ellas. No obstante, si 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.

Cuadro 43
Gasto Promedio Simple y Ponderado por Beneficiario en Formación, Año 2013
(Miles de \$ 2014)

Promedio Simple Gasto Beneficiario (anual M\$)	18.932
Promedio Ponderado Gasto Beneficiario (anual M\$)	12.752

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa Formación de Especialistas SRA - MINSAL

4.3. Gastos de Administración

El gasto de administración del programa corresponde al personal y los bienes y servicios de consumo que aporta la Subsecretaría de Redes Asistenciales para su gestión. Estos alcanzan a menos del 1% en todos los años evaluados, los que se considera una proporción baja (ver Cuadro 45). A juicio del panel, es probable que incida en esta baja representatividad el hecho de que no se han considerado los gastos en que incurren los niveles operativos (Servicios de Salud y APS) para la gestión del programa, lo que indicaría que estos gastos están subvaluados. Otra hipótesis del panel es que este bajo gasto administrativo podría responder a una insuficiencia en los recursos asignados para la gestión del programa, tanto materiales como humanos, aún cuando esto último no es posible afirmarlo fehacientemente ya que el programa no dispone de una descripción de cargos. Ello podría estar incidiendo en la limitada información de resultados que maneja el programa, lo que ha quedado en evidencia en esta evaluación al

no ser posible contar con información para construir indicadores de gestión básicos, como son los de cobertura y el gasto por componente y por beneficiario.

Llama la atención la variabilidad de los gastos administrativos en los años bajo análisis, en particular el alza a casi el doble que se observa en 2012 con respecto al año anterior, aumento que se puede relacionar con el incremento del número de beneficiarios que ingresan al programa en ese año, así como también con el inicio del componente Especialistas Gravemente Falentes. Sin embargo, al año siguiente éste gasto baja en forma importante, descenso que no se alinea con el comportamiento de la producción en 2013, ya que el número de beneficiarios que ingresan al programa se mantiene en el mismo nivel del año anterior, ni tampoco con el número de componentes en operación. A pesar de que se considera que, en la comparación con el gasto total, el gasto de administración es bajo en todos los años evaluados, es necesario que se explique la variabilidad observada, más aún, si se tiene presente que, normalmente los gastos de administración son, por lo general, costos fijos que no varían acorde a los niveles de producción, dentro de ciertos rangos, rangos que se observan en este programa.

Cuadro 45
Gastos de Administración del programa 2010-2013 (Miles de \$ 2014)

<i>Año</i>	<i>Gastos de Administración</i>	<i>Total Gasto del programa</i>	<i>% (Gastos Adm / Gasto Total del programa)*100</i>
<i>2010</i>	<i>116.857</i>	<i>20.307.141</i>	<i>0,58</i>
<i>2011</i>	<i>142.491</i>	<i>23.539.091</i>	<i>0,61</i>
<i>2012</i>	<i>287.283</i>	<i>40.051.069</i>	<i>0,72</i>
<i>2013</i>	<i>193.540</i>	<i>46.035.791</i>	<i>0,42</i>

Fuente: Programa Formación de Especialistas SRA – MINSAL

5. CONCLUSIONES SOBRE EL 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.⁷³ 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.

En esta línea argumental, un aspecto a destacar es que en los componentes que concentran el mayor número de profesionales en formación, EDF y FORDIR⁷⁴, 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

⁷³ 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 modificando 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.

⁷⁴ 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.

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 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.

6. 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.

BIBLIOGRAFÍA

Arrow, Kenneth (1963). «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». The American Economic Review, Vol. 53, No 5, p. 941-973.

Cartes-Velasquez, R. A. (2013). Exponential growth of dental schools in Chile: effects on academic, economic and workforce issues. Brazilian oral research, 27(6), 471-477.

Grossman, Michael (1999): "The Human Capital Model of the demand for health", National Bureau of Economic Research.

Merino, R. A. (2013). Acreditación de los programas de formación de especialistas médicos. Declaración de la Academia Chilena de Medicina. Revista Médica de Chile, 141(10).

Ministerio de Salud Chile. 2012 (a). Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de_0400101640159b8.pdf

Ministerio de Salud Chile. 2013 (a). "Evaluación de Programa "Política de Formación de Especialistas en Chile". División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud y BM. 2009. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Informe Final. Colaboración Técnica del BM y el Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. 2010 (a). Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración Técnica BM - Gobierno de Chile. Serie Cuadernos de Redes N°31. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estudios de Recursos Humanos. Enero de 2010.

Ministerio de Salud. 2010 (b). Opciones de Política para la formación de Médicos Especialistas: Estudio del BM. Departamento de Estudios de Recursos Humanos. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Mayo de 2010.

Musgrove, Philip (1996): "Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns", World Bank.

Newhouse, Joseph (1996): "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection" Journal of Economic Literature, Vol. 34, issue 3, pages 1236-1263.

Nicholson, Sean and Proper, Carol: "Medical Workforce", Chapter 14, Handbook of Health Economics Volume Two.

Román, Oscar y Señoret, Miriam (2008) "Estado Actual de las Especialidades Médicas en Chile: Realidad en el Sistema Público no Municipalizado", Revista Médica de Chile 2008; 136: 99-106.

Rothschild, Michael and Stiglitz, Joseph (1976): "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information", MIT Press.

Torres, C., & Solimano, G. (2005). Formación de médicos especialistas en el contexto de la Reforma de Salud. Monografía Escuela de Salud Pública.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Fecha	Participantes	Temario
29 de abril de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carolina Asela, Jefa Dpto. Formación y Desarrollo Recursos Humanos, MINSAL ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Loreto Olave, Coordinadora Ministerial de Evaluación de Programas, MINSAL ➤ María Teresa Hamuy, Jefa Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Daniela Sugg, Analista Departamento de Estudios, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	Reunión de inicio de la evaluación. Información sobre el programa
5 de mayo de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Sebastián Villarroel, Profesional Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador 	Análisis de información presupuestaria e información faltante para la evaluación
7 de mayo de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carolina Asela, Jefa Dpto. Formación y Desarrollo Recursos Humanos, MINSAL ➤ José Concha, Asesor de la División de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Loreto Olave, Coordinadora Ministerial de Evaluación de Programas, MINSAL ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Daniela Sugg, Analista Departamento de Estudios, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	Análisis de la MML
8 de mayo de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Iván Olivares, Profesional de Unidad de Destinación y Becas, MINSAL ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Daniela Sugg, Analista Departamento de Estudios, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	Análisis de Bases de Datos del programa
13 de mayo de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador 	Análisis del Proceso Productivo de los Componentes
18 de junio de 2014	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mariela Orellana, Jefe Sector Presupuestario de Salud, Dirección de Presupuesto ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador 	Análisis del presupuesto del programa

<p>24 de junio de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Sebastián Villarroel, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Daniela Morales, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Marianela Soto, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Iván Olivares, Profesional de Unidad de Destinación y Becas, MINSAL ➤ Raúl Valdés, Control de Gestión Ministerial, MINSAL ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Daniela Sugg, Analista Departamento de Estudios, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	<p>Análisis de la MML y proceso productivo del programa</p>
<p>18 de julio de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ Daniela Sugg, Analista Departamento de Estudios, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	<p>Análisis observaciones DIPRES al Informe Final Preliminar</p>
<p>27 de julio de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ José Concha, Asesor de la División de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Fabiola Galleguillos, Jefa Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL ➤ Irene Azócar, Analista Departamento de Evaluación, DIPRES ➤ María Luisa Daigre, Panel evaluador ➤ Alberto Muñoz, Panel evaluador ➤ Enrique Saint Pierre, Panel evaluador 	<p>Análisis observaciones MINSAL al Informe Final Preliminar</p>

ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa.

A. Bases de datos con información relevante para la evaluación

Describir y analizar, de acuerdo al formato presentado a continuación, las principales bases de datos con que cuenta el programa para evaluación y seguimiento, considerando aspectos tales como: variables recopiladas, universo de medición de las variables (muestra representativa o censo de los beneficiarios); calidad de la información que se procesa en cada una; frecuencia de medición, etc. Lo anterior, tomando en cuenta el uso que se dará a esta información para evaluar el desempeño del programa en las dimensiones de Eficacia, Calidad, Eficiencia y Economía, en función de los objetivos declarados del programa en sus diferentes niveles.

Nombre	Base de Datos FORCAPS
Descripción	Contiene toda la información disponible de los beneficiados del programa
Período de vigencia	2010-2013
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Todos los beneficiados ingresados al programa a partir de 2011
Frecuencia de medición	Se actualiza mensualmente
Campos / Variables	1) identificación del profesional 2) etapas posibles en el proceso 3) clasificación de los programas 4) fechas previstas de principales hitos
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	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.

B. Fuentes de información para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permitan identificar la situación sin programa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Presentación PPT "Especialistas 2010" MINSAL	Información general sobre situación del Programa en la fase previa al período en evaluación.
Informe: Evaluación del Programa "Política de Formación de Especialistas en Chile" Subsecretaría de Redes Asistenciales Junio 2013	Entrega el marco conceptual, elementos de contexto y contenidos del Programa para el año 2013. Evaluación del Programa en el período 2011 – 2013. Conclusiones y cumplimiento de objetivos.
Presentación PPT "Déficit crónico de especialistas" Subsecretaría de Redes Asistenciales 2011	Antecedentes sobre la situación previa al 2010.
Presentación "Plan Especialistas para Chile-Calidad y Equidad en la Salud" Ministerio de Salud 2013	Análisis situación previa al 2010 y evaluación período hasta el 2013.
Informe de Brechas de Recursos Humanos de Salud. Junio 2012 MINSAL	Antecedentes período 2004 al 2011
Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile	Estudio realizado el 2010

C. Identificar la necesidad de estudio complementario

Fundamentar necesidad de estudio complementario para obtener información que no haya sido identificada en los puntos A y B, y se considere básica para la evaluación.

Dados los antecedentes revisados y los aspectos tratados en las reuniones sostenidas por el Panel con la contraparte técnica de DIPRES los días 19/02 y 13/03, se acuerda en conjunto que no se requiere de estudio complementario toda vez que para efectos de evaluar el período 2010-2013, la base de datos FORCAP entrega información suficiente, la que es posible de complementar con la restante información existente; esto, sin perjuicio de los antecedentes que se analizarán de los años previos.

ANEXO 2(a): Matriz de Evaluación del Programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2008⁷⁵ MINISTERIO RESPONSABLE: SALUD SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES				
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: N° 4: 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.				
PERÍODO DE EVALUACIÓN: AÑOS 2010 A 2013				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control) ⁷⁶	Fórmula de Cálculo		
FIN: 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.	1.- Eficacia/Resultado⁷⁷ Variación anual del N° de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS	N° de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS (t)/N° de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS (t-1)	Sistema de Información DEIS	Las políticas públicas contemplan el aumento de la oferta de prestaciones, calidad de la atención y capacidad resolutive de la red pública en salud como una prioridad de Gobierno.
	2.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS	N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS (t)/N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS (t-1)		

⁷⁵ 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.

⁷⁷ El aumento de la oferta de prestaciones se mide mediante la variación del número de consultas de especialidades (indicadores 1, 2, 3 y 4), asumiendo que la consulta de especialidades es una prestación trazadora que da cuenta del resto de las prestaciones de especialidades que se producen en la red pública de salud.

	3.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por médicos especialistas en la APS	N° de consultas de médicos especialistas realizadas en APS (t)/N° de consultas de médicos especialistas realizadas en APS (t-1)	Sistema de Información DEIS	
	4.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en la APS	N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en APS (t)/N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en APS (t-1)	Sistema de Información DEIS	
	5.- Calidad/Resultado ⁷⁸ Porcentaje de profesionales en formación en pos títulos acreditados en relación al total de profesionales en formación	N° de profesionales en formación en pos títulos acreditados en el período t/ N° de profesionales en formación en el período t		

PROPÓSITO: 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.	6.- Eficacia/Resultado ⁷⁹ Disminución de la brecha de médicos especialistas	Brecha de médicos especialistas en horas totales del programa contratadas en el SNSS período t / brecha de médicos especialistas en horas totales contratadas en el SNSS período t-1	Sistema de información SIRH / Sistema de medición de brechas RHS MINSAL	Las políticas públicas contemplan el aumento de la oferta, calidad de la atención y capacidad resolutiva de la red pública en salud como una prioridad de Gobierno. El MINSAL tiene la responsabilidad de promover,
--	--	--	---	--

⁷⁸ Según el artículo 44 de la Ley 20.129 la acreditación de programas de postgrado correspondientes a magíster, doctorado y especialidades en el área de la salud y de otros niveles equivalentes que obedezcan a otra denominación, tendrá por objeto certificar la calidad de los programas ofrecidos por las instituciones autónomas de educación superior, en función de los propósitos declarados por la institución que los imparta y los criterios o estándares establecidos para este fin por la comunidad científica o disciplinaria correspondiente. La acreditación de dichos programas de postgrado será voluntaria. Este indicador sólo podrá ser evaluado cuando entre en vigencia la Ley de Acreditación Universitaria. Entonces se definirá la fórmula de cálculo y medios de verificación.

⁷⁹ Se entenderá por brecha de médicos y especialistas la distancia entre el número de profesionales especialistas disponibles en el periodo t de medición y el número meta de dichos profesionales para cubrir de las necesidades específicas diagnosticadas en el SNSS.

	<p>7.- Eficacia/Resultado Disminución de la brecha de odontólogos especialistas.</p>	<p>Brecha de odontólogos especialistas en horas totales del programa contratadas en el SNSS período t / brecha de odontólogos especialistas en horas totales contratadas en el SNSS período t-1</p>	<p>Sistema de información SIRH / Sistema de medición de brechas RHS MINSAL</p>	<p>facilitar, gestionar y operativizar las políticas de formación y contratación de especialistas para el sector público de salud en forma centralizada.</p> <p>Los centros formadores nacionales ofrecen formación de especialidades para médicos y odontólogos.</p>
	<p>8.- Eficacia/Resultado Relación anual entre oferta de formación del programa de médicos especialistas y brecha de médicos especialistas en la red pública de salud</p>	<p>Nº de cupos anuales de formación de médicos especialistas del programa /Brecha de médicos especialistas en la red pública de salud</p>		<p>Existencia de una normativa legal vigente en torno a la formación académica de post título en el área de la salud.</p>
	<p>9.- Eficacia/Resultado Relación anual entre oferta de formación del programa de odontólogos especialistas y brecha de odontólogos especialistas en la red pública de salud</p>	<p>Nº de cupos anuales de formación de odontólogos especialistas del programa /Brecha de odontólogos especialistas en la red pública de salud</p>		
	<p>10.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales⁸⁰ de formación del programa</p>	<p>Nº de especialistas efectivamente formados por el programa (en el período t, t+1 y t +2)/Nº de especialistas que se propuso como meta formar en el año de inicio de la formación del programa (t-1)</p>		
	<p>11.- Eficiencia / Proceso Tasa de utilización efectiva de los cupos abiertos por el programa para formación de especialistas.</p>	<p>(Nº de profesionales que ingresan a componentes de especialización del programa/ Nº total de cupos financiados y disponibles en los diversos componentes de formación del programa) *100</p>	<p>Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación Distribución presupuestaria anual que financia los programas de formación.</p>	

⁸⁰ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación.

	12.- Eficiencia / Proceso Porcentaje de médicos que terminan el proceso de formación	(N° de médicos que terminan el proceso de formación / N° de médicos que inician el proceso de formación	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	13.- Eficiencia / Proceso Porcentaje de odontólogos que terminan el proceso de formación	(N° de odontólogos que terminan el proceso de formación / N° de odontólogos que inician el proceso de formación	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	14.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos	Total de médicos que cumplen el PAO ⁸¹ / Total de médicos ingresados del proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	15.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos	Total de odontólogos que cumplen el PAO ⁸² / Total de odontólogos ingresados del proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	16. Eficiencia/Producto Gasto anual del programa por médico especialista en formación	Gasto total anual del programa en médicos en el período t / N° total de médicos en formación del programa en el período t	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	17. Eficiencia/Producto Gasto anual del programa por odontólogo especialista en formación	Gasto total anual del programa en odontólogos en el período t / N° total de odontólogos en formación del programa en el período t	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	18.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual del programa por médico en formación	Gasto anual promedio por médico en formación del programa en el período t / Gasto anual promedio por médico en formación del programa en el período t-1	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
	19.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual del programa por odontólogo en formación	Gasto anual promedio por odontólogo en formación del programa en el período t / Gasto anual promedio por odontólogo en formación del programa en el período t-1	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	

⁸¹ Se considerará cumplimiento del PAO quienes se desempeñen efectivamente en la red pública durante todo el período asistencial obligatorio.

⁸² Se considerará cumplimiento del PAO quienes se desempeñen efectivamente en la red pública durante todo el período asistencial obligatorio.

	20.- Eficiencia/Proceso Porcentaje del Gasto administrativo en relación al gasto total del programa	Gasto administrativo del programa en el período t/Gasto total del programa en el período t	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación	
--	---	--	--	--

COMPONENTES: ⁸³				NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 1. Profesionales médicos y odontólogos especializados y contratados de la Etapa de Destinación y Formación (EDF) desde 2007 ⁸⁴	21.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.
	22.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos del programa	N° de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa.
	23.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁸⁵	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa.
	24.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ⁸⁶	N° de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Los incentivos asociados al Programa son suficientes y adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
				El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así

⁸³ Para todos los componentes, se sugiere que el programa construya una matriz auxiliar donde se calculen indicadores por especialidad.

⁸⁴ Se ha definido el año 2007 a fin de definir la línea basal y evaluar los resultados del Programa

⁸⁵ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

⁸⁶ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	25.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación FORCAP.	como las acciones necesarias para su fiscalización.
	26.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician etapa de Formación en el año t-2,	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación FORCAP.	El MINSAL aplica las sanciones que establece la normativa vigente toda vez que los participantes incurren en incumplimiento de los compromisos asumidos.
	27.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan a la etapa de Formación del componente.	N° de médicos que ingresan a etapa de Formación EDF año t/ N° de médicos que ingresan a etapa de Formación EDF año t-1	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación FORCAP.	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	28.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de odontólogos que ingresan a la etapa de Formación del componente.	N° de odontólogos que ingresan a etapa de Formación EDF año t/ N° de odontólogos que ingresan a etapa de Formación EDF año t-1	Base de datos de médicos y odontólogos en programas de formación FORCAP.	
	29.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Horas de especialista contratadas por el componente en el periodo (t)/Total horas especialista contratadas por el programa en el periodo (t)		
	30. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t		
	31. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t		

	32.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1		
	33.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1		
	34.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t		

Componente 2. Profesionales especializados y contratados por Concurso Nacional de Especialistas (CONE)	35.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		
	36.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	N° de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		
	37.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁸⁷	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		

⁸⁷ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	38.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ⁸⁸	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		
	39.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al CONE año t/ Nº de médicos que ingresan al CONE año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	
	40.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de odontólogos que ingresan al componente.	Nº de odontólogos que ingresan al CONE año t/ Nº de odontólogos que ingresan al CONE año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	
	41.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	42.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	43.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	
	44.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8 / Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	

⁸⁸ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	45.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	46.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	47. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	48. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	49.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	50.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	51.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

COMPONENTES:			NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 3. Profesionales especializados y contratados por Concurso Beca Primaria	52.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	Nº de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t	Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.
	53.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	Nº de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t	Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa. Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa.
	54.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁸⁹	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)	Los incentivos asociados al Programa son suficientes y adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
	55.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ⁹⁰	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)	El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así como las acciones necesarias para su fiscalización.
	56.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al componente año t/ Nº de médicos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH
	57.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de odontólogos que ingresan al componente.	Nº de odontólogos que ingresan al componente año t/ Nº de odontólogos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH

⁸⁹ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

⁹⁰ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	58.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	59.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	60.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	
	61.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	
	62.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	63.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	64. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

	65. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	66.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	67.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	68.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

COMPONENTES:				NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 4 Profesionales especializados y contratados por Formación de Médicos de la APS (3 años)	69.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.
	70.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁹¹	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa.
	71.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan al componente.	N° de médicos que ingresan al componente año t/ N° de médicos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa. Los incentivos asociados al Programa son suficientes y

⁹¹ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	72.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
	73.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t		El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así como las acciones necesarias para su fiscalización.
	74.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL aplica las sanciones que establece la normativa vigente toda vez que los participantes incurren en incumplimiento de los compromisos asumidos.
	75. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el periodo t / N° total de médicos en formación del componente en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	76.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	77.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

COMPONENTES:				NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 5 Profesionales especializados y contratados por Formación de Especialistas Básicos para APS (6 años formación y labor asistencial intercaladas)	78.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.

	79.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁹²	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa. Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa.
	80.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al componente año t/ Nº de médicos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	Los incentivos asociados al Programa son suficientes y adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
	81.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-5.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así como las acciones necesarias para su fiscalización.
	82.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+5 / Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t		El MINSAL aplica las sanciones que establece la normativa vigente toda vez que los participantes incurren en incumplimiento de los compromisos asumidos.
	83.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	84. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / Nº total de médicos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	85.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	86.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

⁹² Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

COMPONENTES:				NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 6 Profesionales especializados y contratados por Formación directa por los Servicios de Salud (FORDIR)	87.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	Nº de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.
	88.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	Nº de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa. Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa.
	89.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁹³	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Los incentivos asociados al Programa son suficientes y adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
	90.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ⁹⁴	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así como las acciones necesarias para su fiscalización.
	91.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al componente año t/ Nº de médicos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	El MINSAL aplica las sanciones que establece la normativa vigente toda vez que los participantes incurren en incumplimiento de los compromisos asumidos.
	92.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de odontólogos que ingresan al componente.	Nº de odontólogos que ingresan al componente año t/ Nº de odontólogos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	

⁹³ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

⁹⁴ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	93.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	94.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	95.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	
	96.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP.	
	97.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	98.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	99. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

	100. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	101.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	102.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	103.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el período t/Gasto total del programa en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

COMPONENTES:				NOTA: Estos mismos supuestos aplican a cada uno de los componentes del Programa.
Componente 7 Profesionales especializados y contratados por Programas especiales de formación de especialistas gravemente falentes.	104.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t		Los aranceles ofrecidos por el MINSAL son atractivos para los centros formadores.
	105.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ⁹⁵	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)		Los centros formadores otorgan cupos suficientes y adecuados a las necesidades de formación del Programa.
	106.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan al componente.	N° de médicos que ingresan al componente año t/ N° de médicos que ingresan al componente año t-1	Base de datos FORCAP SIRH	Las normativas legales vigentes permiten la ejecución del Programa. Los incentivos asociados al Programa son suficientes y

⁹⁵ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	107.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	adecuados para mantener e incrementar el número de interesados en participar del Programa así como del cumplimiento del PAO (con excepción de los EDF).
	108.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t		El MINSAL define los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los participantes (PAO) así como las acciones necesarias para su fiscalización.
	109.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL aplica las sanciones que establece la normativa vigente toda vez que los participantes incurren en incumplimiento de los compromisos asumidos.
	110. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	El MINSAL vela por la transparencia en la asignación de los beneficios y en el cumplimiento de los compromisos por ambas partes.
	111.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	
	112.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t	Base de datos de médicos y dentistas en programas de formación FORCAP	

ACTIVIDADES:				
Disposición de las brechas actualizadas y priorizadas de especialistas existente en la red pública.				
Obtención de los recursos financieros para el Programa				
Definición del Arancel para los centros formadores por tipo de formación				
Negociación de cupos suficientes con los centros formadores				
Actualización y/o adecuación de las normativas legales y de gestión de los componentes del Programa.				
Generación de los incentivos adecuados para los interesados, acorde con el Propósito del Programa				
Realización de los concursos				
Disposición de los cargos requeridos en la red pública para el Período Asistencial Obligatorio (PAO)				
Contratación de profesionales en período de formación y PAO				
Firma de garantías establecidas.				
Actualización permanente de bases de datos				
Seguimiento y control de los procesos de formación.				
Seguimiento y control de los procesos de contratación.				

Anexo 2(b): Medición de Indicadores Matriz de Evaluación (período 2010-2013)

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE FORMACION DE ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2008⁹⁶ MINISTERIO RESPONSABLE: SALUD SERVICIO RESPONSABLE: SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES						
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Nº 4: 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.						
<i>Evolución de Indicadores</i>						
<i>Enunciado del objetivo</i>						
<i>Indicadores</i>						
	<i>Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)⁹⁷</i>	<i>Fórmula de cálculo</i>	<i>Cuantificación</i>			
			<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Fin 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.	1.- Eficacia/Resultado⁹⁸ Variación anual del Nº de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS	Nº de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS (t)/Nº de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS (t-1)	-3,8%	2,7%	-0,1%	n/d
	2.- Eficacia/Resultado⁹⁹ Variación anual del Nº de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS	Nº de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS (t)/Nº de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS (t-1)				
	3.- Eficacia/Resultado Variación anual del Nº de consultas realizadas por médicos especialistas en la APS	Nº de consultas de médicos especialistas realizadas en APS (t)/Nº de consultas de médicos especialistas realizadas en APS (t-1)	22,6%	7,0%	-9,4%	n/d

⁹⁶ 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.

⁹⁷ Ver capítulo X de documento "Evaluación de Programas. Notas Técnicas", División de Control de Gestión, DIPRES, 2009; en www.dipres.cl, Publicaciones, Sistema de Evaluación y Control de Gestión.

⁹⁸ El aumento de la oferta de prestaciones se mide mediante la variación del número de consultas de especialidades (indicadores 1, 2, 3 y 4), asumiendo que la consulta de especialidades es una prestación trazadora que da cuenta del resto de las prestaciones de especialidades que se producen en la red pública de salud.

⁹⁹ No existe información en www.deis.cl sobre consultas odontológicas de especialidad (ver además Anexo 10).

	4.- Eficacia/Resultado¹⁰⁰ Variación anual del N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en la APS	N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en APS (t)/N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en APS (t-1)				
	5.- Calidad/Resultado¹⁰¹ Porcentaje de profesionales en formación en pos títulos acreditados en relación al total de profesionales en formación	N° de profesionales en formación en pos títulos acreditados en el período t/ N° de profesionales en formación en el período t				
PROPÓSITO: 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.	6.- Eficacia/Resultado Disminución de la brecha de médicos especialistas	Brecha de médicos especialistas en horas totales del programa contratadas en el SNSS período t / brecha de médicos especialistas en horas totales contratadas en el SNSS período t-1				
	7.- Eficacia/Resultado Disminución de la brecha de odontólogos especialistas.	Brecha de odontólogos especialistas en horas totales del programa contratadas en el SNSS período t / brecha de odontólogos especialistas en horas totales contratadas en el SNSS período t-1				
	8.- Eficacia/Resultado Relación anual entre oferta de formación del programa de médicos especialistas y brecha de médicos especialistas en la red pública de salud	N° de cupos anuales de formación de médicos especialistas del programa /Brecha de médicos especialistas en la red pública de salud				
	9.- Eficacia/Resultado Relación anual entre oferta de formación del programa de odontólogos especialistas y brecha de odontólogos especialistas en la red pública de salud	N° de cupos anuales de formación de odontólogos especialistas del programa /Brecha de odontólogos especialistas en la red pública de salud				

¹⁰⁰ No existe información en www.deis.cl sobre consultas odontológicas de especialidad (ver además Anexo 10).

¹⁰¹ Según el artículo 44 de la Ley 20.129 la acreditación de programas de postgrado correspondientes a magister, doctorado y especialidades en el área de la salud y de otros niveles equivalentes que obedezcan a otra denominación, tendrá por objeto certificar la calidad de los programas ofrecidos por las instituciones autónomas de educación superior, en función de los propósitos declarados por la institución que los imparta y los criterios o estándares establecidos para este fin por la comunidad científica o disciplinaria correspondiente. La acreditación de dichos programas de postgrado será voluntaria. Este indicador sólo podrá ser evaluado cuando entre en vigencia la Ley de Acreditación Universitaria. Entonces se definirá la fórmula de cálculo y medios de verificación. Este indicador sólo podrá ser evaluado cuando entren en vigor las Garantías de Calidad contempladas en la Ley y entonces se definirá la fórmula de cálculo y medios de verificación.

	10.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales ¹⁰² de formación del programa	Nº de especialistas efectivamente formados por el programa (en el período t, t+1 y t +2)/Nº de especialistas que se propuso como meta formar en el año de inicio de la formación del programa (t-1)				
	11.- Eficiencia / Proceso Tasa de utilización efectiva de los cupos abiertos por el programa para formación de especialistas.	(Nº de profesionales que ingresan a componentes de especialización del programa/ Nº total de cupos financiados y disponibles en los diversos componentes de formación del programa) *100				
	12.- Eficiencia / Proceso Porcentaje de médicos que terminan el proceso de formación	(Nº de médicos que terminan el proceso de formación / Nº de médicos que inician el proceso de formación				
	13.- Eficiencia / Proceso Porcentaje de odontólogos que terminan el proceso de formación	(Nº de odontólogos que terminan el proceso de formación / Nº de odontólogos que inician el proceso de formación				
	14.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos	Total de médicos que cumplen el PAO ¹⁰³ / Total de médicos ingresados del proceso de formación en el año t				
	15.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos	Total de odontólogos que cumplen el PAO ¹⁰⁴ / Total de odontólogos ingresados del proceso de formación en el año t				
	16. Eficiencia/Producto Gasto anual del programa por médico especialista en formación	Gasto total anual del programa en médicos en el período t / Nº total de médicos en formación del programa en el período t				M\$ 17.733.9 ¹⁰⁵
	17. Eficiencia/Producto Gasto anual del programa por odontólogo especialista en formación	Gasto total anual del programa en odontólogos en el período t / Nº total de odontólogos en formación del programa en el período t				
	18.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual del programa por médico en formación	Gasto anual promedio por médico en formación del programa en el período t / Gasto anual promedio por médico en formación del programa en el período t-1				

¹⁰² Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación.

¹⁰³ Se considerará cumplimiento del PAO quienes se desempeñen efectivamente en la red pública durante todo el período asistencial obligatorio.

¹⁰⁴ Se considerará cumplimiento del PAO quienes se desempeñen efectivamente en la red pública durante todo el período asistencial obligatorio.

¹⁰⁵ Corresponde al gasto promedio de médicos y odontólogos. No se dispone de desagregación del gasto en formación de médicos y odontólogos.

	19.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual del programa por odontólogo en formación	Gasto anual promedio por odontólogo en formación del programa en el período t / Gasto anual promedio por odontólogo en formación del programa en el período t-1				
	20.- Eficiencia/Proceso Porcentaje del Gasto administrativo en relación al gasto total del programa	Gasto administrativo del programa en el período t/Gasto total del programa en el período t	0,58	0,61	0,72	0,42
Componente 1. Profesionales médicos y odontólogos especializados y contratados de la Etapa de Destinación y Formación (EDF) desde 2007 ¹⁰⁶	21.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos del programa	Nº de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				32,0%
	22.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos del programa	Nº de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				71,8%
	23.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹⁰⁷	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	24.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ¹⁰⁸	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	25.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician etapa de Formación en el año t-2.				97,3%
	26.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician etapa de Formación en el año t-2,				100,0%
	27.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan a la etapa de Formación del componente.	Nº de médicos que ingresan a etapa de Formación EDF año t/ Nº de médicos que ingresan a etapa de Formación EDF año t-1		9,5%	-7,5%	5,4%

¹⁰⁶ Se ha definido el año 2007 a fin de definir la línea basal y evaluar los resultados del Programa

¹⁰⁷ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

¹⁰⁸ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	28.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de odontólogos que ingresan a la etapa de Formación del componente.	N° de odontólogos que ingresan a etapa de Formación EDF año t/ N° de odontólogos que ingresan a etapa de Formación EDF año t-1		0,0%	-9,1%	-7,5%
	29.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Horas de especialista contratadas por el componente en el periodo (t)/Total horas especialista contratadas por el programa en el periodo (t)				
	30. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t				
	31. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t				
	32.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				
	33.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1				
	34.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				
Componente 2. Profesionales especializados y contratados por Concurso Nacional de Especialistas (CONE)	35.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				
	36.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	N° de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				2,8%

	37.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹⁰⁹	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	38.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ¹¹⁰	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	39.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al CONE año t/ Nº de médicos que ingresan al CONE año t-1				-18,4%
	40.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de odontólogos que ingresan al componente.	Nº de odontólogos que ingresan al CONE año t/ Nº de odontólogos que ingresan al CONE año t-1				1250,0%
	41.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.				
	42.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2				
	43.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t				
	44.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8 / Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t				
	45.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	46.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)				

¹⁰⁹ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

¹¹⁰ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	47. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t				
	48. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t				
	49.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				
	50.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1				
	51.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				
Componente 3. Profesionales especializados y contratados por Concurso Beca Primaria	52.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				
	53.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	N° de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				
	54.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹¹¹	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				

¹¹¹ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	55.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ¹¹²	Nº de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	56.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al componente año t/ Nº de médicos que ingresan al componente año t-1				
	57.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de odontólogos que ingresan al componente.	Nº de odontólogos que ingresan al componente año t/ Nº de odontólogos que ingresan al componente año t-1				
	58.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.				
	59.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2				
	60.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t				
	61.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t				
	62.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	63.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)				
	64. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / Nº total de médicos en formación del componente en el período t				

¹¹² Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	65. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t					
	66.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1					
	67.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1					
	68.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t					
Componente 4 Profesionales especializados y contratados por Formación de Médicos de la APS (3 años)	69.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				15,4%	
	70.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹¹³	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)					
	71.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan al componente.	N° de médicos que ingresan al componente año t/ N° de médicos que ingresan al componente año t-1		-26,4%	1,6%		-35,4%
	72.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.					
	73.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t					

¹¹³ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	74.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	75. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t				
	76.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				
	77.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				
Componente 5 Profesionales especializados y contratados por Formación de Especialistas Básicos para APS (6 años formación y labor asistencial intercaladas)	78.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				
	79.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹¹⁴	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	80.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan al componente.	N° de médicos que ingresan al componente año t/ N° de médicos que ingresan al componente año t-1				
	81.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-5.				
	82.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+5 / Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t				

¹¹⁴ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	83.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	84. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t				
	85.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				
	86.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				
Componente 6 Profesionales especializados y contratados por Formación directa por los Servicios de Salud (FORDIR)	87.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	N° de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				52,6%
	88.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de odontólogos especialistas del programa	N° de odontólogos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/N° de odontólogos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				25,4%
	89.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹¹⁵	N° de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	90.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de odontólogos especialistas ¹¹⁶	N° de odontólogos especialistas efectivamente formados (t+2)/N° de odontólogos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	91.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de médicos que ingresan al componente.	N° de médicos que ingresan al componente año t/ N° de médicos que ingresan al componente año t-1		26,7%	-64,2%	21,9%

¹¹⁵ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

¹¹⁶ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	92.- Eficacia/Proceso Variación anual en el N° de odontólogos que ingresan al componente.	N° de odontólogos que ingresan al componente año t/ N° de odontólogos que ingresan al componente año t-1		-5,9%	-62,5%	33,3%
	93.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.				
	94.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos Etapa de Formación	Total de odontólogos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de odontólogos que inician Etapa de Formación en el año t-2				
	95.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t				
	96.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de odontólogos PAO	Total de odontólogos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de odontólogos ingresados al proceso de formación en el año t				
	97.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	98.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de odontólogos especialistas	Total horas de odontólogos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de odontólogos especialistas en el periodo (t)				
	99. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / N° total de médicos en formación del componente en el período t				
	100. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por odontólogo especialista en formación en el componente	Gasto total anual de odontólogos en formación en el componente en el período t / N° total de odontólogos en formación del componente en el período t				
	101.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				

	102.- Eficiencia/Producto Variación del gasto promedio anual por odontólogo en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por odontólogo en formación en el período t-1				
	103.- Economía/Producto Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				
Componente 7 Profesionales especializados y contratados por Programas especiales de formación de especialistas gravemente talentados.	104.- Eficacia/Resultado Participación del componente en la producción total de médicos especialistas del programa	Nº de médicos especialistas formados por el componente que terminan su formación año t/Nº de médicos especialistas totales formados por el programa que terminan su formación año t				
	105.- Eficacia/Proceso Porcentaje de cumplimiento de metas anuales de formación de médicos especialistas ¹¹⁷	Nº de médicos especialistas efectivamente formados (t+2)/Nº de médicos especialistas que se programó formar en el año de inicio de la formación (t)				
	106.- Eficacia/Proceso Variación anual en el Nº de médicos que ingresan al componente.	Nº de médicos que ingresan al componente año t/ Nº de médicos que ingresan al componente año t-1				-25,5%
	107.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos Etapa Formación	Total de médicos que terminan Etapa de Formación en el año t / Total de médicos que inician Etapa de Formación en el año t-2.				
	108.- Eficacia / Proceso Tasa de retención de médicos PAO	Total de médicos que cumplen el PAO en el período t+8/ Total de médicos ingresados al proceso de formación en el año t				
	109.-Eficacia/Producto Porcentaje de contribución del componente en la disminución de la brecha de médicos especialistas	Total horas de médicos especialistas en cumplimiento del PAO del componente en el periodo (t)/Total horas de la brecha de médicos especialistas en el periodo (t)				
	110. Eficiencia/Producto Gasto promedio anual por médico especialista en formación en el componente	Gasto total anual de médicos en formación del componente en el período t / Nº total de médicos en formación del componente en el período t				

¹¹⁷ Se entenderá por meta el número de especialistas que se esperaba que terminara su formación

	111.- Eficiencia/Productos Variación del gasto promedio anual por médico en formación en el componente	Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t / Gasto anual promedio del componente por médico en formación en el período t-1				
	112.- Economía/Productos Participación del gasto del componente en el gasto total del programa	Gasto del componente en el periodo t/Gasto total del programa en el periodo t				

Anexo 2(C): Análisis de Diseño

1. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

El Propósito y el Fin, a nivel de diseño, responden adecuadamente a la necesidad que el Programa se ha propuesto resolver, esto es ser una respuesta de política pública a las necesidades de mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad para avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población. En efecto, el Propósito del Programa busca “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”, lo que implica la búsqueda de resultados cuantificables y explicitables que permitan contribuir al logro de un objetivo mayor, explicitado en el Fin del Programa: “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”.

Por lo indicado en el párrafo anterior, se observa también una relación directa entre Propósito y Fin, puesto que el fortalecimiento de los atributos señalados en la población beneficiaria a nivel de Propósito, conllevaría un aporte al logro del Fin, a través de un incremento en la disponibilidad de especialistas médicos y odontólogos se logra aumentar la oferta de prestaciones, la calidad de la atención y la capacidad resolutive en la red pública. Esto implica que se evalúa positivamente la relación de causa-efecto entre estos dos objetivos superiores de la matriz de marco lógico.

En relación al diseño de siete componentes con que el programa opera actualmente y que se han definido para el logro del Propósito, se estima que la existencia de este número de componentes puede afectar la eficiencia y eficacia del Programa al no utilizar las economías de escala y ámbito de concentrar la elaboración de bases de licitación, llamados y llenados de cupos de formación en un menor número de procesos y, de paso, dificultar las tareas asociadas al monitoreo y seguimiento de las distintas actividades de los Componentes. Adicionalmente, la diferenciación en tales componentes no responde a un diagnóstico previo conocido que la fundamente, sino que, por opiniones recogidas del programa, el diseño actual de éste es el resultado de decisiones político-estratégicas adoptadas en distintos momentos del tiempo, que no necesariamente respondían a criterios de complementariedad para optimizar la eficiencia y eficacia del programa ni tampoco para cerrar las brechas de especialistas y sub especialistas a nivel país y por servicios de salud.

Lo anteriormente expuesto se basa además en que se aprecia superposición, ver Cuadro 1, entre los componentes, tanto en su población objetivo como en las especialidades que forman. En efecto, las poblaciones objetivo de los componentes EDF y Beca Primaria son idénticas, entendiendo que el primero de los señalados presenta la condición que la especialización no requiere el pago de un PAO. Igualmente, los componentes CONE y APS 3 años y APS de 3 y 6 años se traslapan en la población objetivo. Los primeros, CONE y APS 3 años, ya que permite a los que pertenecen a la etapa de destinación del EDF disminuir el período del PAO y los APS tienen como objetivo especializar a los médicos que se desempeñan en la atención primaria pero que buscan distintos modelos de formación. Por otro lado, el FORDIR, al ser dependiente de los directivos de los servicios de salud, también traslapa población objetivo con el Componente EDF. En cuanto a las especialidades, la mayoría son entregadas en cuatro o más componentes.

Otro elemento a analizar son las diferencias en las exigencias de desempeño previo y en el PAO entre los distintos componentes. Si bien en el Cuadro 1 se denotan las distinciones entre los Componentes, éstas son explicadas en gran parte por las restricciones legales y normativas de los procesos de formación. Así, por ejemplo, los beneficiarios del componente EDF tienen una exigencia de desempeño previo a la formación de entre 3 y 6 años, pero no se les exige PAO, materia que se encuentra establecida en las leyes que regulan dicho componente; los beneficiarios de la Beca Primaria tienen exigencia de PAO, pero no de desempeño previo según lo regulado en su marco legal; a los beneficiarios del CONE se les exige tanto desempeño previo como PAO. Este requisito se aplica también al componente CONE. Por su parte, el Estatuto de Atención Primaria (Ley N° 19.378 de 1995) establece también el requisito de ser egresado a lo más con anterioridad de 13 años y con experiencia no menor de 3 años en la APS, o 1 año en el caso de especialización en Medicina Familiar. En lo referente al FORDIR, se requiere experiencia laboral previa en el Servicio de Salud que está otorgando la especialización y en el componente Especialidades Gravemente Falentes, igualmente es requisito la experiencia, aunque no necesariamente en el Servicio de Salud ya que también puede ser fuera de éste. En síntesis, la experiencia laboral previa a la formación es un requisito que la legislación establece como deseable, aunque no es excluyente per se.

Un ejemplo de lo anterior, es la Beca Primaria la que, según lo informado por el MINSAL, fue restituido para facilitar tanto los deseos de formación de las personas recién egresadas como de las escuelas de medicina que desean entregar becas a los profesionales recién salidos de sus aulas ya que, según lo informado por las universidades al programa, tienen mayor probabilidad de éxito.

Algo similar ocurre con la calidad jurídica de los beneficiarios. En particular, en los componentes CONE, Beca Primaria, FORDIR y Especialidades Gravemente Falentes (en algunos casos) los profesionales tienen la calidad de becarios en tanto el resto responde a la modalidad Comisión de Estudios. Esto determina que algunos beneficiarios continúan recibiendo su remuneración y el resto un estipendio. Específicamente, el reglamento de becarios señala que la beca no constituye cargo o empleo y que el estipendio mensual que percibirá el becario será una cantidad 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. Finalmente añade que 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.

Por su parte, la modalidad Comisión de Estudios que aplica a los componentes EDF, APS 3 años, APS 6 años y FORDIR (en algunos casos, ya que es una facultad del director del servicio), implica que estos son funcionarios, en general, de la planta a contrata de las respectivas instituciones y mantienen esta calidad durante el proceso formativo, con los consiguientes beneficios que eso implica como por ejemplo en los trienios.

En función de lo señalado, el panel considera que las diferencias observadas en las calidades de becario y comisión de estudio si bien no responden a criterios objetivos y explícitos se encuentran fundamentadas en los marcos legales que los regulan.

Un tópico especial es el componente de formación en programas de especialidades gravemente falentes, que incluso considera la incorporación de profesionales que no participan laboralmente en la red pública. Es decir, el componente financia las becas de especialidad y entrega un

estipendio a personas que tienen experiencia profesional desarrollada fuera de la red pública de salud. En opinión del Panel, este es un aspecto que debería ser eliminado.

En resumen, el Panel considera que disponer de justificación legal para contar con diferentes criterios de ingreso y con la calidad jurídica de los beneficiarios, no niega la posibilidad de agrupar a los distintos componentes para obtener mejoras en economías de escala y de ámbito de los distintos procesos involucrados que van desde la obtención de las necesidades de los servicios de salud, pasando por los llamados de licitación hasta la firma de las garantías para el resguardo del cumplimiento de los PAO. Esto con el fin de mejorar la eficiencia y eficacia del Programa.

Cuadro 1: Comparación de los distintos componentes del Programa

Componentes	Comisión de estudios o becario	Proviene de la Atención Secundaria y Terciaria (AST) o la APS	Tiene antigüedad laboral	Post título es una especialidad o una subespecialidad	Cumple un PAO
EDF	Comisión de estudios	Ambas	Si, un máximo de 6 años	Especialidad	No
CONE	Becario	AST	Si, entre 3 y 6 años. Además con un mínimo de 3 en la APS	Especialidad	Si, por el doble del período de especialización
Concurso Beca Primaria	Becario	Ninguna, recién egresados	No	Especialidad	Si, por el doble del período de especialización
Formación de Médicos de la APS (3 años)	Comisión de estudios	Ambas	Si, egresado a lo más con anterioridad de 13 años y con experiencia no menor de 3 años en la APS (o 1 año en el caso de especialización en Medicina Familiar)	Especialidad	Si, por el doble del período de post título. Salvo en el caso de los profesionales del EDF, donde su duración puede disminuir hasta en un 50%
Formación de Médicos de la APS (6 años)	Comisión de estudios	Ambas	Si	Especialidad	Si, por 3 años
FORDIR	Becarios y Comisión de estudios	AST	Si, requieren experiencia laboral en el Servicio de Salud	Especialidad y sub especialidad	Si, por el doble del período de formación
Programas Especiales de Formación de Especialistas Gravemente Falentes	Becarios	AST	Si, requieren experiencia laboral en el Servicio de Salud o afuera de ellos	Especialidad	Si, por el doble del período de formación

Fuente: Elaboración propia

Con el fin de optimizar y facilitar la gestión del programa, en opinión del panel, parece adecuado explorar la posibilidad de rediseñarlo mediante la agrupación de los actuales componentes. El primer criterio es separar la formación de especialistas de sub especialistas. Un segundo

aspecto es separar todos los destinados a post títulos de especialidad de los profesionales de la atención secundaria y terciaria, de aquellos destinados a los profesionales de la atención primaria de salud.

Otro aspecto que en opinión del panel debe ser revisado, es la separación de las funciones y responsabilidades de determinación de brechas con las asociadas a la formación de especialistas y sub especialistas. Esto se considera pertinente ya que, al depender de la misma unidad, tiene objetivos contrapuestos; por una parte determinaría las brechas y por otra buscaría cerrarlas mediante la formación de profesionales, fin último que le da sentido a su existir en el tiempo y, por ende, podría darse una situación en la cual las brechas no existieran pero aún así la unidad buscaría aumentar la formación de especialistas.

El análisis de las actividades diseñadas para el desarrollo de los componentes señala que éstas son las necesarias. Sin embargo, al mismo tiempo se considera que son insuficientes para producir en forma adecuada los componentes. Al respecto, se detectan falencias en las actividades asociadas al seguimiento y control que ejerce el programa, en particular en las actividades relativas a los procesos de formación por parte de las universidades, APS municipal, contratación de los post títulos de formación de especialistas y del cumplimiento del PAO. Estas falencias se refieren a aspectos tales como falta de un sistema de información que abarque todas las variables relevantes del programa. No obstante, un elemento positivo está constituido por la existencia de actividades independientes para cada componente y que no requieren de las del resto del programa para la consecución de sus objetivos.

Los supuestos presentados en cada nivel de objetivo en la matriz de marco lógico son evaluados como válidos y pertinentes, puesto que todos corresponden a factores ajenos a la capacidad de gerencia del programa y que su concurrencia podría afectar el logro del objetivo respectivo.

El diseño general del Programa tiene cuatro etapas. La primera son los contratos establecidos con las universidades que forman parte de la ASOFAMECH y ACHEO, correspondientes a negociaciones directas entre el MINSAL y las universidades en cuestión. La segunda etapa, corresponden, en general, a concursos públicos y que forman parte del proceso de casi todos los componentes del programa, con excepción del FORDIR. Los concursos están asociados a la obtención de becas de especialización con montos y períodos conocidos ex ante. La tercera etapa es la formación en sí misma, donde los beneficiarios son financiados con una beca para la realización del post título, pero algunos continúan siendo funcionarios y otros son becarios. En el caso de los primeros reciben su remuneración y se encuentran en comisión de estudios, en cambio los otros reciben un estipendio. La cuarta etapa es la realización del PAO una vez concluida exitosamente la formación, con excepción de los EDF¹¹⁸.

Los siete componentes, como señalamos anteriormente, abordan aspectos que se superponen en torno al problema/necesidad que da origen al programa, esto es: aumentar la oferta de prestaciones, la calidad de la atención y la capacidad resolutive en la red pública de salud, con el objeto de aportar a la disminución de la morbimortalidad de la población beneficiaria. Por ello, desde el punto de vista del diseño, el programa no es evaluado positivamente por cuanto, porque si bien cuenta con objetivos que presentan relaciones lógicas de causa-efecto entre los mismos, el panel considera que en el nivel de definición de componentes sería posible introducir mejoras tendientes a alcanzar de mejor forma los objetivos del Propósito. Ello permitiría que el

¹¹⁸ La excepción es el componente EDF en que el PAO es un período de trabajo asistencial obligatorio como generalista previo a la formación (corresponde a los denominados previamente como "Médicos Generales de Zona").

sector público de salud cuenta con una herramienta de política permanente para atender las demandas de prestaciones de salud de los beneficiarios del FONASA.

2. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

La matriz de marco lógico del programa fue propuesta por el panel y revisada y analizada en conjunto con los responsables del mismo, el Ministerio de Salud y la DIPRES. En ese trabajo, se realizaron modificaciones a la redacción de los objetivos y se analizó la calidad y pertinencia de los indicadores. Como producto del trabajo de revisión y análisis señalado, la matriz cuenta actualmente con un total de 111 indicadores¹¹⁹. Los indicadores en cuestión dan cuenta de la actual situación del Programa y sus siete componentes, y no reflejan una de las recomendaciones del Panel destinada a agrupar componentes.

Los actuales indicadores de la matriz son evaluados como válidos (cumplen criterios de validación) y adecuados para evaluar el desempeño del programa. En efecto, la matriz actual cuenta con indicadores para todas las dimensiones del desempeño y para los ámbitos de control relevantes. Cabe señalar que, en opinión del Panel, la medición del logro del Fin y del Propósito dispone de indicadores que miden tales resultados en forma directa.

Se cuenta con 5 indicadores a nivel del Fin, 15 al nivel de Propósito, 13 indicadores en el componente 1; 17 indicadores para el componente 2, 17 indicadores para el componente 3, 9 indicadores para el componente 4, 9 indicadores para el componente 5, 17 indicadores para el componente 6 y 9 indicadores para el componente 7.

Se cuenta con indicadores para las 4 dimensiones del desempeño: 74 indicadores de eficacia, 1 indicadores de calidad, 30 indicadores de eficiencia y 6 indicadores de economía. Con respecto a los ámbitos de control, se cuenta con 19 indicadores de resultados, 43 con indicadores de producto, y con 49 indicadores de proceso.

No obstante, se evalúa en forma negativa que el programa no cuente con una medición de estos indicadores en tanto las mediciones contribuyen a una gestión informada lo que permite efectuar, en forma oportuna, las eventuales correcciones que sean necesarias a la orientación y dirección del programa.

¹¹⁹ Si bien se estiman excesivos, este número se modificará en función de la disminución de componentes que se propone.

Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

1. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa

Los componentes de este Programa son siete, los que son gestionados por el Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos (DFDRH) de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, de acuerdo a la descripción que se presenta a continuación.

En términos generales, se pueden distinguir los siguientes subprocesos:

1. Definición de necesidades (Demanda) y de las capacidades de formación de las Universidades (Oferta). El programa recibe los requerimientos que hacen los Servicios de Salud de formación de especialistas, realiza las priorizaciones y focalizaciones pertinentes y negocia con las universidades para la definición final de los cupos de formación año a año, así como también los aranceles. En esta etapa se realiza también la negociación con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (DIPRES) para la asignación de los recursos financieros.
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.
4. Realización del Período Asistencial Obligatorio (PAO) una vez concluida exitosamente la formación. La excepción es el componente EDF en que el PAO es un período de trabajo asistencial obligatorio como generalista previo a la formación (corresponde a los denominados previamente como "Médicos Generales de Zona").

En cada proceso existen subprocesos de apoyo a la gestión del programa tales como el registro, la mantención de bases de datos actualizadas, supervisiones y/o fiscalizaciones y evaluaciones de compromisos de gestión.

Normas legales que regulan al Programa¹²⁰

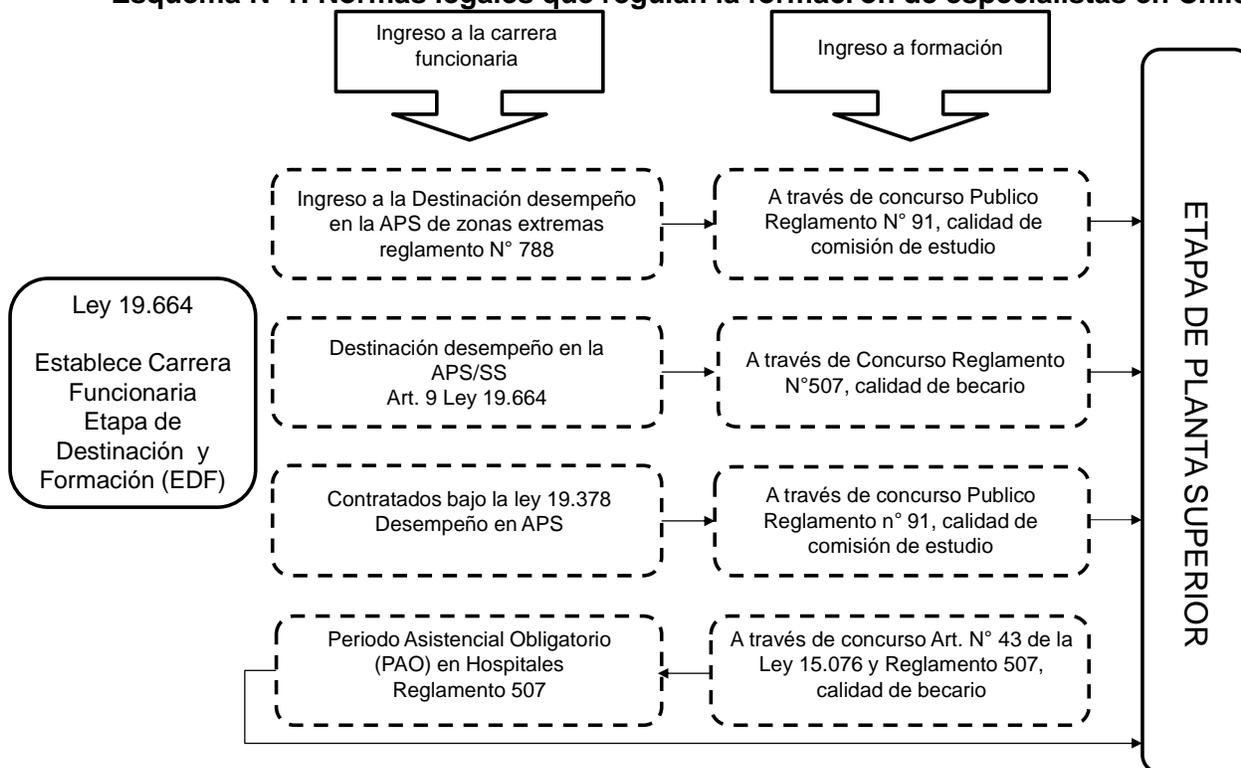
- **Ley N°15.076** de 1962, establece estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bio-Químicos y Cirujanos Dentistas. En lo principal, el artículo 43 establece las condiciones de bajo las cuales se otorgarán las becas de perfeccionamiento de la especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica, la duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años, el monto mensual de la beca así como otros beneficios como las imposiciones previsionales y la asignación familiar.
- **Ley N° 19.378** de 1995, establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. En lo relevante:
 - El artículo 5° clasifica al personal en categorías funcionarias tales como a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas y b) Otros profesionales.
 - El artículo 42, para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, reconoce como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.

¹²⁰ Para mayor detalle, ver Anexo 7.

- El artículo 43 establece que los profesionales a que se refieren las letras a) y b) del artículo 5° podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización, durante todo su desempeño funcionario. Dicha participación consiste en comisiones de servicio, con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen, por lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado.
- **Ley 19.664** de 2000, establece normas especiales para profesionales funcionarios de los Servicios de Salud y modifica la Ley N° 15.076. En lo atinente:
 - El artículo 5° señala que los profesionales funcionarios no directivos que desempeñen jornadas diurnas en los establecimientos de los Servicios de Salud quedarán sujetos a la carrera funcionaria, la que estará estructurada en dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación y la Etapa de Planta Superior.
 - El artículo 10 establece que será requisito esencial para acceder a programas de especialización haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal. Asimismo, los programas de especialización no podrán tener, en forma continuada o por acumulación de períodos discontinuos, una duración inferior a un año ni superior a tres y los profesionales funcionarios serán incorporados mediante comisiones de estudio.
 - El artículo 12 define que los profesionales funcionarios que accedan a programas de especialización financiados por las entidades empleadoras o por el Ministerio de Salud tendrán la obligación de desempeñarse en los organismos a que pertenecen, a lo menos, por un tiempo similar al de duración de los programas, salvo acuerdo entre Servicios de Salud para cambio de destinación. El profesional que no cumpla deberá reembolsar los gastos originados con motivo de la ejecución de los programas y aquellos derivados del incumplimiento, para lo cual constituirá una garantía equivalente a estos gastos incrementados en el 50%, cuando corresponda. El profesional que no cumpla su obligación deberá, además, indemnizar los perjuicios causados por su incumplimiento. Además, quedará impedido de reingresar a la Administración del Estado hasta por un lapso de seis años.
- **Ley 19.937** de 2004, modifica el D.L. N° 2.763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión, fortalecer la participación ciudadana e introduce un sistema de certificación de especialidades.
- **Decreto N° 788** del 2000. Reglamento sobre ámbito de aplicación, dotaciones y plantas profesionales, e ingreso a la etapa de destinación y formación de la carrera funcionaria de los profesionales funcionarios afectos a la Ley N° 19.664.
- **Decreto Supremo N° 8 del 2013**, modificación del DS N° 57 de 2007, de Certificación de Especialidades Médicas y Odontológicas.
- **Reglamento N° 507** de 1990, “Reglamento de becarios de la Ley 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud”.
- **Reglamento N° 91** del 2001, sobre Acceso y Condiciones de Permanencia en Programas de Especialización Ley N° 19.664.

El esquema siguiente muestra las distintas normas legales que regulan la formación de especialistas en Chile.

Esquema N°1: Normas legales que regulan la formación de especialistas en Chile

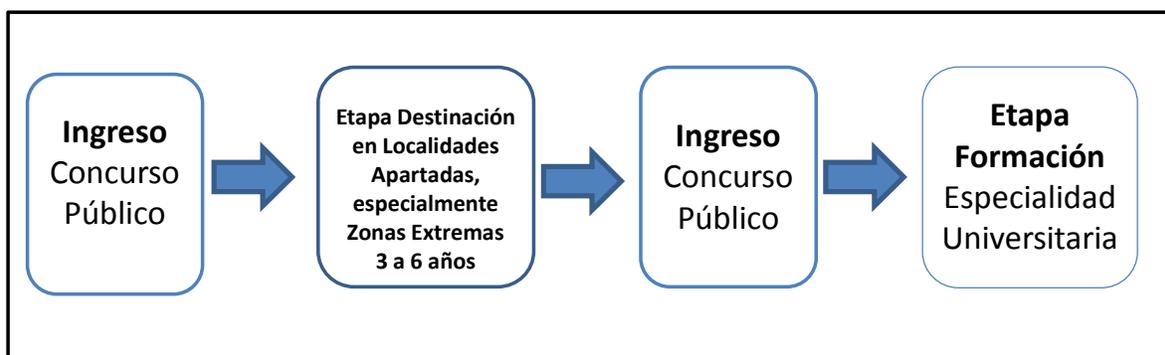


Fuente: elaboración propia en base a MINSAL (2013, a)

Descripción de los distintos componentes del Programa

A continuación se describen los distintos componentes del Programa.

1. Formación de Profesionales de la etapa de destinación y formación (EDF)¹²¹:



Fuente: Elaboración propia en base a información MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

El Ministerio de Salud es el responsable de organizar los concursos nacionales, de acuerdo a lo establecido en la Ley 19.664 en su Artículo 8º, para lo cual se realizan las siguientes actividades:

¹²¹ Este componente se caracteriza en que los becados al finalizar la etapa de formación de especialidad no tienen la obligación de volver al Servicio de Salud.

Proceso para la etapa de Destinación:

Levantamiento de demanda

- a. El DFDRH solicita a los Servicios de Salud (SS) el envío de los requerimientos y/o cupos para la destinación de médicos y odontólogos generales, según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- b. El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida los cupos por profesión y lugar de destino.
- c. El DFDRH elabora las bases del concurso nacional.
- d. La División Jurídica del MINSAL elabora la resolución aprobatoria de las bases del concurso, la que es aprobada y firmada por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Concurso de plazas

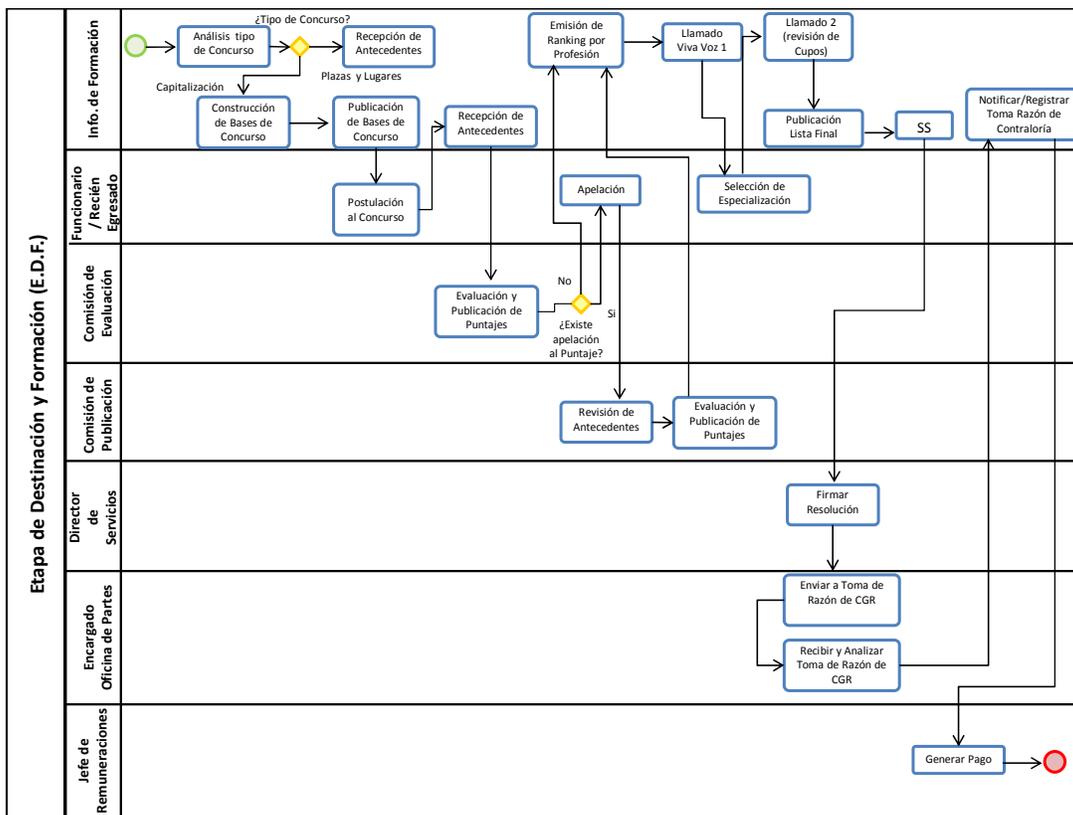
- a. El DFDRH publica la Resolución aprobatoria con las Bases del Concurso.
- b. Los requisitos, en el caso de los médicos, para la postulación son los siguientes:
 - i. En el caso de los postulantes extranjeros, éstos deberán contar con permanencia definitiva en Chile.
 - ii. Ser Médico Cirujano titulado entre el 1 de febrero del año T y el 31 de enero del año T+1, lo cual deberá ser acreditado mediante certificado extendido por la Universidad que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN).
 - iii. No haber tomado un cupo de especialización o plaza de Destinación, mediante Ingreso a la EDF, según el artículo 89 de la Ley 19.664, en otro proceso organizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o por un Servicio de Salud para el año T+1.
 - iv. Obtener 30,00 puntos totales, de un máximo de 100, como puntaje mínimo para acceder a cupos de programas de formación de especialistas.
 - v. Haber aprobado el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM).
- c. Los Médicos y Odontólogos recién egresados postulan al Concurso Nacional adjuntando los antecedentes solicitados.
- d. El DFDRH recibe los antecedentes de los postulantes en los plazos definidos en las bases.
- e. Se constituye la Comisión de Evaluación de Antecedentes del Concurso Nacional, convocada por el MINSAL, integrada por:
 - i. El Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Capacitación o a quien ésta designe, quien la presidirá y decidirá en caso de empate.
 - ii. Un profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
 - iii. Cinco Directores o Subdirectores de los Servicios de Salud o a quien éstos designen.
 - iv. Un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).
 - v. Ocho representantes de los médicos EDF que se encuentran en la Etapa de Destinación y Formación.
 - vi. La Comisión sesionará con un 50% de los miembros participantes, entre quienes deberán estar siempre presentes los que se indican en las letras i) y ii) precedentes, y las decisiones se tomarán con la mayoría y en caso de empate el presidente de la Comisión resolverá.
- f. La Comisión evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos:
 - i. Rubro 1, Calificación Médica Nacional 64,00 puntos

- ii. Rubro 2, Ayudante Alumno 2,00 puntos
 - iii. Rubro 3, Trabajos Científicos 2,00 puntos
 - iv. Rubro 4, Practica de Atención Abierta 1,50 puntos
 - v. Rubro 5, Cupos de Capacitación y Perfeccionamiento 0,50 puntos
 - vi. Total 70,00 puntos
 - vii. En el caso de igualdad de puntaje total definitivo entre postulantes, se utilizará para el desempate el puntaje obtenido en el Rubro 1 si persiste la igualdad se utilizará el puntaje obtenido en el Rubro 2 y si continua se siguen con cada uno de los rubros posteriores.
 - viii. Sí persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión.
- g. El DFDRH publica puntajes provisorios según el cronograma establecido en las bases del concurso.
 - h. Los postulantes conocen los puntajes y apelan por escrito al Subsecretario de Redes Asistenciales, en el plazo establecido en las bases de licitación.
 - i. Se establece la Comisión de Apelación, conformada por el Subsecretario de Redes Asistenciales o quien este designe y la presidirá, el Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien este designe, el presidente de Comisión de Evaluación y tres representantes de los médicos EDF en destinación.
 - j. La Comisión de Apelación revisa y evalúa los antecedentes de la apelación.
 - k. El DFDRH publica los puntajes definitivos según los plazos establecidos en las bases.
 - l. El DFDRH realiza el primer llamado a viva voz para la aceptación o renuncia de las plazas de destinación ofrecidas desde el mayor al menor puntaje obtenido en el ranking.
 - m. El DFDRH realiza el segundo llamado a viva voz para la aceptación o renuncia de las plazas de destinación ofrecidas.
 - n. El DFDRH publica la lista definitiva de los médicos y odontólogos con las plazas aceptadas para su destinación y la envía a los respectivos SS.

Contratación:

- a. Los SS respectivos emiten la Resolución afecta para la contratación de los Médicos y Odontólogos en etapa de Destinación que aceptaron plaza en su territorio. Cada SS tiene una dotación de horas para contratar Médicos EDF en etapa de destinación, según el Decreto Supremo N° 788/2000, que aprueba el Reglamento sobre Ámbito de Aplicación, Dotaciones y Plantas Profesionales Funcionarios afectos a la Ley 19.664 y anualmente definida por la Ley de Presupuesto.
- b. Los SS envían la Resolución a toma de razón por la Contraloría General de la República (CGR).
- c. Los SS reciben toma de razón del contrato por parte de la CGR, la registran y envían una copia al MINSAL para conocimiento y respaldo, elaboración de convenios, registro y monitoreo.
- d. Los SS pagan las remuneraciones correspondientes a los Médicos y Odontólogos en etapa de Destinación.

El Flujo N°1 describe lo señalado en los puntos anteriores.



Fuente: Elaboración propia en base a información de Bizagi Process Modeler "Capacitación y Formación 3.0".

Proceso para la etapa de Formación:

Definición de la oferta disponible:

- El DFDRH solicita a las Universidades cupos de especialización para la postulación de Médicos y Odontólogos.
- El DFDRH recibe y consolida los cupos ofrecidos por las Universidades.
- El DFDRH solicita a los SS el envío de los requerimientos de especialización de médicos generales, según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida la información de los cupos y lugar de destino.

Concurso:

- El DFDRH formula las bases de los concursos nacionales.
- La División Jurídica del MINSAL elabora resolución aprobatoria de las bases de los respectivos concursos nacionales, las que firma el Subsecretario de Redes Asistenciales.
- El DFDRH publica las bases de los respectivos concursos nacionales para la postulación de los interesados que cumplen con los requisitos, en el caso de los médicos son los siguientes:
 - Ser médico cirujano de la Etapa de Destinación y Formación (EDF) que regula el artículo 8° de la ley N° 19.664.
 - Haber ingresado a la Etapa de Destinación y Formación mediante el proceso de selección que establece el artículo 8° y 10° de la ley 19.664 con contrato vigente.

- iii. Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años (36 meses) a la fecha de ingreso al Programa de Especialización, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal.
 - iv. Encontrarse, como máximo, en el sexto año de la EDF.
 - v. Tener una antigüedad en la EDF tal que sumada a la Etapa de Especialización no supere los 9 años (108 meses), según lo indicado en el artículo 6° de la Ley N° 19.664.
 - vi. Presentar toda la documentación solicitada en cada uno de los anexos, de acuerdo a lo indicado en los artículos 8° y 9° de las presentes Bases.
 - vii. Cumplir con todas las demás exigencias establecidas en las presentes bases.
 - viii. En relación al requisito señalado en el número iii, se deberá certificar su cumplimiento mediante documento firmado por el Subdirector Médico del SS, acreditando los tres años de desempeño efectivo en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal.
 - ix. En el caso de los postulantes que hubiesen aceptado un cupo de especialización de este proceso, y que cumplan el referido plazo al momento del ingreso al Programa; será la Unidad de Destinación y Becas la encargada de verificar el cumplimiento efectivo de dicho plazo. En el evento que el postulante no haya cumplido efectivamente dicho requisito, quedara fuera del presente proceso y el Ministerio dispondrá del cupo liberado.
- d. Los Médicos y Odontólogos que cumplieron con la etapa de Destinación postulan a los respectivos Concursos Nacionales.
- e. El DFDRH publica los cupos de especialización ofrecidos por las Universidades.
- f. El DFDRH recibe los antecedentes de los postulantes a cupos de especialización.
- g. Se constituye la Comisión de Evaluación y Calificación de las Postulaciones del Concurso Nacional, convocada por el MINSAL, integrada por:
- i. El Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Capacitación de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, quien la presidirá.
 - ii. Un Profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, quien actuara como secretario y ministro de fe.
 - iii. Dos Directores o Subdirectores de los Servicios de Salud o a quien éstos designen.
 - iv. Un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile.
 - v. Siete representantes de la Agrupación de Médicos EDF que no se encuentren participando de este proceso en calidad de postulante.
 - vi. Siete representantes de la Agrupación de Médicos EDF que se encuentren participando del proceso de selección, los cuales se desempeñaran como observadores.
 - vii. Las Comisiones sesionarán con el 50% de los miembros participantes y las decisiones se tomarán con la mayoría y en caso de empate el presidente de la Comisión resolverá.
- h. La Comisión evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos:
- i. Antigüedad como Médico en la Etapa de Destinación y Formación, 10,50 puntos.
 - ii. Funciones Directivas, 8,00 puntos.
 - iii. Trabajo en Posta Rural, 8,00 puntos.
 - iv. Trabajos de Investigación, 6,00 puntos.

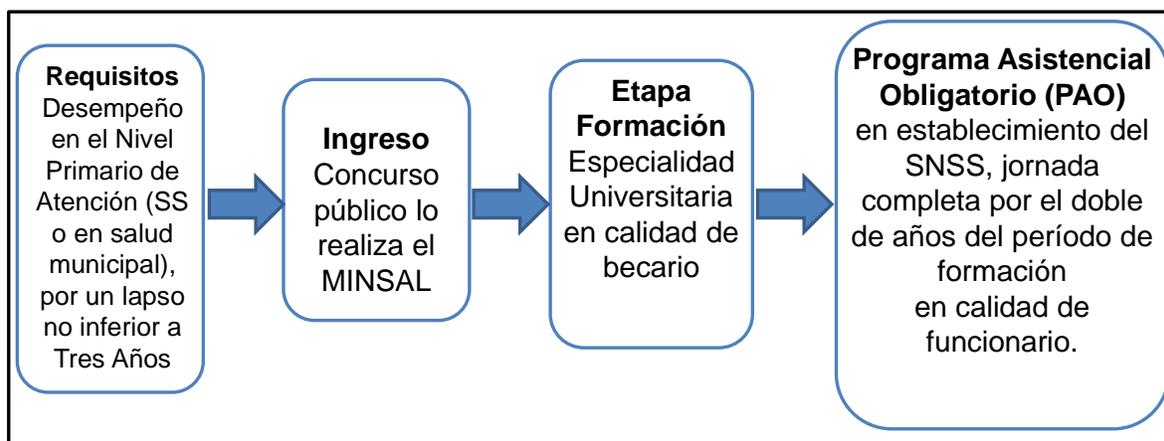
- v. Cursos de Perfeccionamiento, 5,00 puntos.
- vi. Nivel de dificultad del desempeño, 9,00 puntos.
- vii. Organización de actividades en la comunidad o en la labor asistencial, 10,50 puntos.
- viii. Actividades docentes, 5,00 puntos.
- ix. Calificación Funcionaria, 4,00 puntos.
- x. Médico Único, 4,00 puntos.
- xi. Total, 70,00 puntos
- xii. En el caso de igualdad de puntaje total definitivo entre postulantes, se utilizará para el desempate la antigüedad como Médico de la Etapa de Destinación y Formación y, si es necesario, por el puntaje en el orden de precedencia siguiente:
 - i. Funciones Directivas, Organización de actividades en la comunidad o en la labor asistencial, Nivel de dificultad del Desempeño / Ruralidad, Trabajos de Investigación, Actividades Docentes y Cursos de Perfeccionamiento
- xiii. Si persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión.
- i. El DFDRH publica puntajes provisorios según el cronograma establecido en las bases del concurso.
- j. Los postulantes conocen los puntajes y apelan por escrito al Subsecretario de Redes Asistenciales, en el plazo establecido en las bases de licitación.
- k. Se establece la Comisión de Apelación, conformada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales o quien este designe, el cual presidirá esta Comisión y resolverá en caso de empate, el Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien este designe, el Presidente de la Comisión Evaluadora, dos representante de la Agrupación de Médicos EDF que no se encuentre postulando como observador del proceso y dos representante de la Agrupación de Medico EDF que se encuentre postulando.
- l. La Comisión revisa y evalúa los antecedentes de la apelación.
- m. El DFDRH publica los puntajes definitivos según los plazos establecidos en las bases.
- n. El DFDRH realiza el primer llamado a viva voz, en orden decreciente desde el mayor puntaje, en que los postulantes con mayores puntajes eligen un cupo de especialización, la universidad y lugar en que se realizará.
- o. El DFDRH realiza el segundo llamado a viva voz en que se ofrecen los cupos de especialización no tomados y los renunciados.
- p. El DFDRH informa cupos de especialización tomados en el Concurso Nacional a la Universidad respectiva.
- q. La Universidad realiza un proceso de habilitación o de aceptación de los postulantes que eligieron los cupos de especialización ofrecidos, proceso que considera a lo menos una entrevista pero que no es estandarizado entre las instituciones y no es objetivable.
- r. Si la Universidad lo habilita y acepta la postulación, el Médico u Odontólogo ingresa al Programa de Especialización; de lo contrario, el postulante (cuando ha cumplido su sexto año en la EDF) solicita el apoyo del MINSAL para reconsiderar su aceptación o postular a otra opción de especialización.

Formación:

- a. El MINSAL transfiere anualmente los recursos al respectivo SS para el pago de los aranceles de la especialización y de las remuneraciones de las personas que se encuentran en comisión de estudio para realizar las becas de especialización.

- b. El MINSAL solicita a los SS el envío de la refrendación presupuestaria y mandatos para suscribir centralizadamente el contrato de prestación de servicios con las universidades que realizarán la formación de especialistas.
- c. El MINSAL, a través de la División Jurídica, elabora y formaliza el contrato centralizado con las universidades.
- d. Los SS envían los recursos a universidades correspondientes a los pagos a efectuar por concepto de aranceles
- e. El MINSAL monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las universidades y de los profesionales en formación, principalmente a través de los Compromisos de Gestión (Nº 17, a través del cual informan trimestralmente del porcentaje de Médicos y Dentistas que se encuentran cursando programas de especialización) y supervisión en terreno.
- f. El MINSAL monitorea el control del gasto en Formación a través de los sistemas de información vigentes (SIGFE y registros manuales que emiten mensualmente los SS).
- g. En el marco de los compromisos de gestión (Nº17), los SS deben desarrollar estrategias y acciones que permitan generar las condiciones para atraer voluntariamente los especialistas formados a través de este Programa para mantenerlos en el SS, ya que no tienen compromiso de retornar al Sistema Público una vez completada su especialización.

2. Concurso Nacional de Especialistas (CONE):



Fuente: Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

Procesos asociados a Concurso de Médicos (CONEM) y Odontólogos (CONEO):

Definición de la oferta disponible:

- a. El DFDRH solicita cupos de formación de especialistas Médicos y Odontólogos a las Universidades (esto se realiza en forma simultánea para los cupos de todos los componentes).
- b. El DFDRH recibe los cupos de especialización ofrecidos por las Universidades.
- c. El DFDRH solicita a los SS el envío de los requerimientos de especialización de médicos generales, según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- d. El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida la información de los cupos y lugar de destino.

Concurso

- a. El DFDRH formula las bases del concurso nacional.
- b. La División Jurídica del MINSAL elabora la resolución aprobatoria de las Bases, la que firma el (la) Subsecretario (a) de Redes Asistenciales.
- c. El DFDRH publica las Bases del Concurso Nacional para la postulación de los interesados que cumplen, en el caso de los médicos, con los siguientes requisitos:
 - i. Tener la nacionalidad Chilena, o ser médico con nacionalidad extranjera con permanencia definitiva en Chile.
 - ii. Ser médico cirujano titulado entre el 1 de marzo del año T-5 y el 31 de enero del año T.
 - iii. No haber tomado un cupo de especialización en otro proceso organizado por esta Subsecretaría para el año académico T, como tampoco no podrán participar del presente proceso los médicos que hayan iniciado un programa de formación de especialista en el año T-1 o anteriores, el cual fue financiado por el MINSAL y haberlo abandonado por renuncia o desvinculación.
 - iv. Haberse desempeñado en el nivel primario de atención en uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal, por un lapso no inferior a tres años (Art. 11, Ley N° 19.664).
 - v. Obtener 30,00 puntos totales, como puntaje mínimo para acceder a cupos de programas de formación de especialistas.
 - vi. Presentar toda la documentación solicitada en cada uno de los anexos, de acuerdo a lo indicado en los artículos 8° y 9° de las bases.
 - vii. Cumplir con todas las demás exigencias establecidas en las bases
- d. Los Médicos y Odontólogos que cumplen con los requisitos, que incluye la exigencia de experiencia laboral previa, postulan al Concurso. En el caso del CONEM se hace postulación a través de plataforma virtual; para CONEO, son las propias Universidades las que realizan el concurso.
- e. El DFDRH publica los cupos de especialización ofrecidos por las Universidades y los SS de destino una vez conformados.
- f. El DFDRH recibe los antecedentes de los postulantes para los cupos de especialización.
- g. Se constituye la Comisión de Evaluación y Calificación de las Postulaciones del Concurso Nacional, convocada por el MINSAL, integrada por:
 - i. El Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud, quien la presidirá.
 - ii. Dos Profesionales de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud, quienes actuarán como secretario y ministro de fe respectivamente.
 - iii. 32 Directores y/o Subdirectores Médicos y/o de RRHH de los Servicios de Salud o a quien estos designen.
 - iv. Dos representantes de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).
 - v. Seis representantes del Colegio Médico de Chile, que no estén postulando en el presente proceso.
 - vi. Las comisiones sesionarán con un mínimo del 50% de los miembros participantes y las decisiones se tomarán con la mayoría, y en caso de empate el presidente de la comisión resolverá.
- h. La Comisión evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos (100,00 puntos):

- Desempeño Académico
- i. Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) o Examen Médico Nacional, 15,00 puntos máximo.
 - ii. Calificación Médica Nacional (CMN), 25,00 puntos máximo.
 - iii. Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento, 5,00 puntos máximo.
- Desempeño Asistencial y/o Laboral
- iv. Antigüedad como médico en uno o varios Servicios de Salud o su correspondiente zona geográfica¹²², 20,00 puntos; Servicios de Salud Críticos (puntaje máximo 20,00)¹²³, Servicios de Salud Intermedios (puntaje máximo 10,00) y otros Servicios de Salud (puntaje máximo 5,00)¹²⁴.
 - v. Adicionalmente, en forma totalmente independiente, se otorgarán 10,00 puntos a los postulantes con discapacidad física comprobada mediante un certificado de inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad que establece la ley N° 20.422.
 - vi. Además, en forma totalmente independiente, se otorgarán 10,00 puntos a los postulantes que pertenezcan a una etnia indígena, tal condición deberá ser acreditada mediante un certificado extendido por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), de conformidad con lo dispuesto en la ley N° 19.253.
 - vii. En el caso de igualdad de puntaje total definitivo entre concursantes, se utilizará el puntaje obtenido en el rubro antigüedad como Médico contratado en un Servicio de Salud Crítico y, si es necesario, el puntaje de los rubros que siguen a continuación, en el orden de precedencia que se señala:
 - ✓ Rubro Calificación Médica Nacional (CMN)
 - ✓ Rubro EUNACOM ó Examen Médico Nacional
 - ✓ Rubro Desempeño en Urgencia
 - ✓ Rubro Desempeño en APS
 - ✓ Rubro Antigüedad en otros SS, Hospitales Institucionales
 - ✓ Rubro Cursos de Perfeccionamiento
 - viii. Si persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión Evaluadora.
- i. El DFDRH publica los puntajes provisorios según el cronograma establecido en las bases del concurso.
 - j. Los postulantes conocen los puntajes y apelan por escrito al Subsecretario de Redes Asistenciales, en el plazo establecido en las bases de licitación.
 - k. Se establece la Comisión de Reposición, conformada por la cual estará conformada por el Subsecretario de Redes Asistenciales o quien este designe, el cual presidirá esta Comisión y resolverá en caso de empate, el Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien este designe, el Jefe del Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, el Presidente de la Comisión Revisora o quien este designe, diez representantes de los Servicios de Salud, cuatro representante del Colegio Médico AG que no se encuentren postulando al presente proceso.
 - l. La Comisión de Reposición revisa y evalúa los antecedentes de la apelación.
 - m. La Comisión de Evaluación confecciona el Informe Final de Evaluación, el cual es remitido por escrito a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al DFDRH.

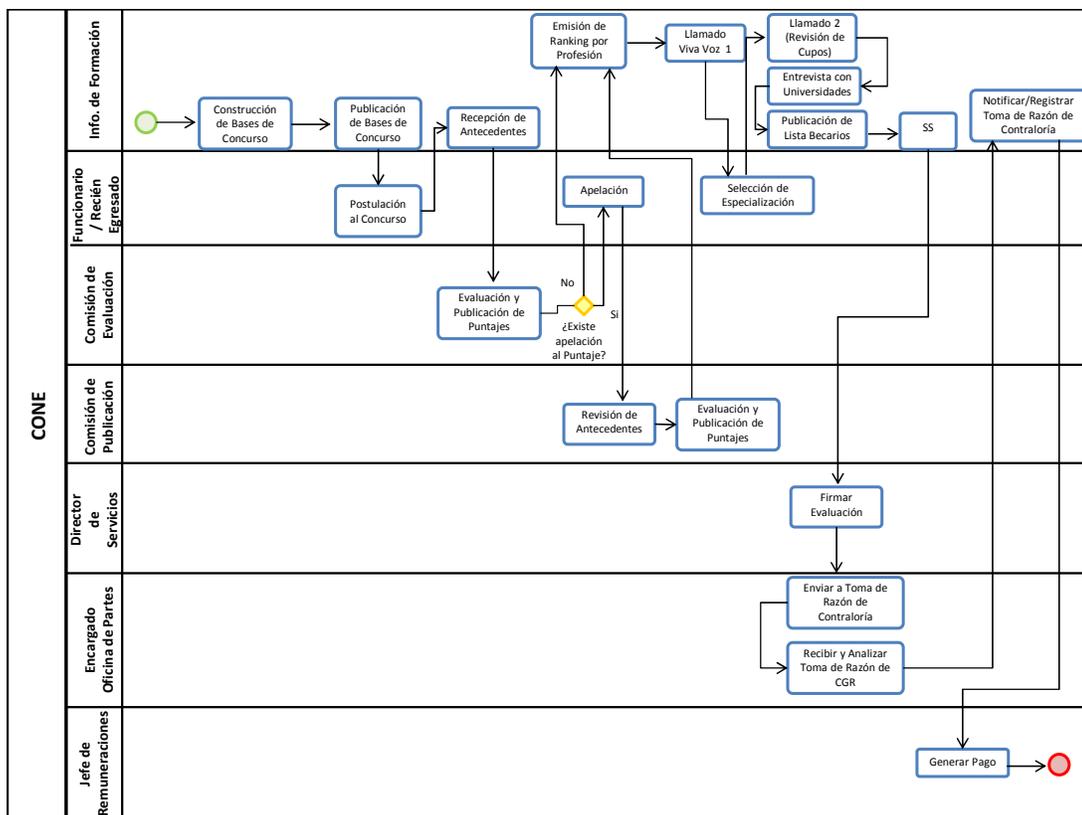
¹²² Definida por el Ministerio de Salud.

¹²³ Los Servicios de Salud críticos son los siguientes: Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Maule, Ñuble, Arauco, Araucanía Norte, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes.

¹²⁴ Los Servicios de Salud intermedios son los siguientes: Metropolitano Sur Oriente, O'higgins, Bío-Bío, Araucanía Sur y Valdivia.

- n. El DFDRH gestiona acto administrativo que contiene el listado con los puntajes definitivos, la oferta de los cupos de especialización y su respectivo proceso de postulación.
- o. El DFDRH realiza el primer llamado a viva voz, en orden decreciente desde el mayor puntaje, en que los postulantes con mayores puntajes eligen un cupo de especialización, la universidad y lugar en que se realizará.
- p. El DFDRH realiza el segundo llamado a viva voz en que se ofrecen los cupos de especialización no tomados y los renunciados.
- q. El DFDRH informa los cupos de especialización tomados en el Concurso Nacional a la Universidad respectiva.
- r. El equipo a cargo del Programa de Especialización de la Universidad respectiva, realiza un proceso de habilitación o admisión de los postulantes que eligieron los cupos de especialización ofrecidos por ésta, proceso que considera a lo menos una entrevista pero que no es estandarizado entre las instituciones y no es objetivable.
- s. Si la Universidad lo habilita, el Médico u Odontólogo postulante puede acceder a uno de los cupos ofrecidos en el Programa de Especialización.
- t. El DFDRH informa a los SS de destino (en los cuales servirá el profesional una vez formado) la aceptación de los postulantes en un cupo de Formación de Especialistas y la Universidad en la cual desarrollará el Programa.

El Flujo N°2 describe lo señalado en los puntos anteriores.



Fuente: Elaboración propia en base a información de Bizagi Process Modeler "Capacitación y Formación 3.0".

Formación:

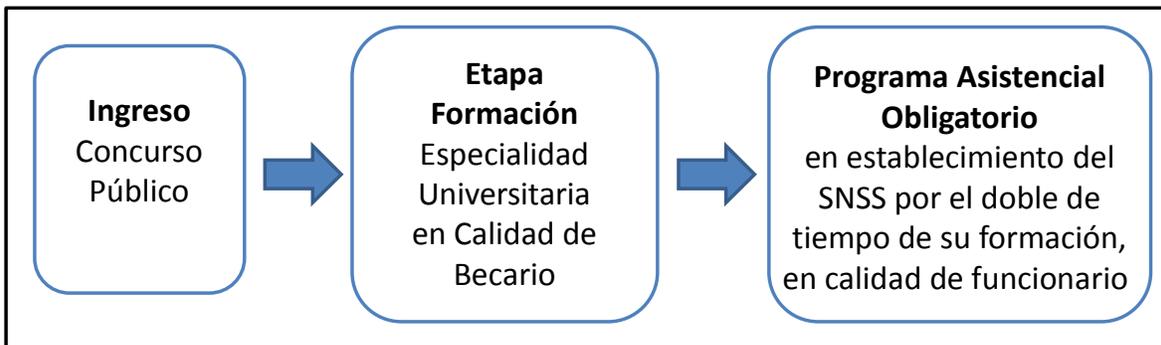
- a. El MINSAL a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) transfiere los recursos a los SS de destino para el pago de aranceles y estipendios para los becarios (monto

- que permite al becario mantenerse durante la formación, equivalente a un pago de remuneraciones)¹²⁵.
- b. Los SS de destino suscriben convenios anuales con las Universidades y realizan el pago de aranceles.
 - c. Los becarios se comprometen con el SS de destino a realizar un período asistencial obligatorio (PAO) por el doble del período de la formación, mediante escritura pública.
 - d. El PAO debe cumplirse en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Salud o el Director de Servicio de Salud correspondiente, lo que se señala a lo menos con seis meses de antelación al término del período de beca. Para este efecto, el profesional será contratado con jornada completa, excepcionalmente reducirse hasta 22 horas semanales cuando asuma otro cargo público, por el Servicio de Salud de que se trate o por la entidad administradora de salud municipal, según corresponda, en calidad de planta o a contrata.
 - e. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los becarios, el profesional deberá previamente firmar ante notario la escritura pública con la concurrencia del aval y del representante legal del MINSAL o del SS, quedando protocolizada e incorporada a sus registros públicos una garantía consistente en una caución suficiente, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. La garantía será equivalente a UF 5.000 y se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del período del PAO. En caso de mora o simple retardo en el pago de ella, devengará el interés máximo convencional para operaciones reajustables, desde la fecha de su incumplimiento y hasta la fecha de su pago total y efectivo.
 - f. Si el beneficiario presenta la renuncia al programa de formación dentro de los treinta días de iniciada, sólo deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles pero no se le hará efectiva la garantía.
 - g. El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del PAO, salvo excepciones, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacersele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el punto anterior, administrativamente y sin más trámite.
 - h. El DFDRH monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación, mediante el indicador que mide trimestralmente el porcentaje de médicos y dentistas que se encuentran cursando programas de especialización y sub especialización respecto a la plantilla total de médicos en formación del año¹²⁶ (Compromisos de Gestión N° 17).
 - i. El DFDRH monitorea el cumplimiento del PAO a través del Compromiso N° 17, donde los SS informan trimestralmente el indicador porcentaje de médicos y dentistas que cumplen efectivamente con su período asistencial obligatorio.
 - j. El MINSAL monitorea el control del gasto en formación a través de los sistemas de información vigentes (SIGFE y registros manuales que emiten mensualmente los SS).

¹²⁵ Según el Art. 1° del Reglamento 507, el Becario es un profesional que goza de una beca de especialización o perfeccionamiento, en cumplimiento del programa respectivo, en algún establecimiento del SNSS o de alguna universidad. En otras palabras, el Becario no tiene la calidad de funcionario público.

¹²⁶ La metodología se encuentra descrita en el documento "Orientación Técnica y Metodológica Compromisos de Gestión 2014: Formación de Especialistas 2014".

3. Profesionales especializados con Beca Primaria:



Fuente: *Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile*”.

Procesos asociados:

Definición de la oferta disponible

- Los Servicios de Salud piden información a las municipalidades para los establecimientos de su dependencia las necesidades de especialización de médicos y dentistas generales
- El DFDRH solicita a los SS el envío de los requerimientos de especialización de médicos y dentistas generales, según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida la información de los cupos y lugar de destino por profesiones.
- El DFDRH solicita a las Universidades un informe de los cupos de especialidad de médicos y dentistas generales, que pone a disposición de este concurso nacional destinado a postulantes egresados de la última promoción en sus respectivas carreras.
- El DFDRH recibe la respuesta de las Universidades y consolida los cupos ofertados y asigna el SS de destino o de cumplimiento del PAO.

Concurso

- El DFDRH elabora las bases del concurso nacional.
- La División Jurídica del MINSAL elabora la Resolución Aprobatoria de las Bases del Concurso, la que es firmada por el Subsecretario de Redes Asistenciales.
- El DFDRH publica las Bases del Concurso para la postulación de los interesados que cumplen, en el caso de los médicos, con los siguientes requisitos:
 - En el caso de los postulantes extranjeros, éstos deberán contar con permanencia definitiva en Chile.
 - Ser Médico Cirujano titulado entre el 1 de febrero del año T-1 y el 31 de enero del año T, lo cual deberá ser acreditado mediante certificado extendido por la Universidad que incluya la Calificación Médica Nacional (CMN).
 - No haber tomado un cupo de especialización o plaza de Destinación, mediante Ingreso a la EDF, según el artículo 89 de la Ley N°19.664, en otro proceso organizado por la Subsecretaría o por un Servicio de Salud para el año 2014.
 - Obtener 30,00 puntos totales, como puntaje mínimo para acceder a cupos de programas de formación de especialistas.
 - Haber obtenido habilitación con las universidades respectivas para los efectos del presente concurso; siendo de responsabilidad del postulante cumplir con los

- requisitos exigidos por cada universidad para el ingreso al programa de especialización, según corresponda.
- d. El DFDRH publica las Bases del Concurso para la postulación de los interesados que cumplen, en el caso de los odontólogos, con los siguientes requisitos:
 - i. Ser Cirujano Dentista.
 - ii. Título profesional de Cirujano Dentista otorgado por una Universidad del Estado o reconocida por éste o aquellos validados en Chile de acuerdo con la legislación vigente.
 - iii. Ser titulado entre el 1 de febrero del año T-1 y el 31 de enero del año T.
 - e. Los requisitos también establecen que todo postulante que acceda a un cupo de especialización lo hará en la calidad jurídica de becario, contrayendo con un Servicio de Salud la obligación de desempeño obligatorio posterior a la realización de la especialización. Para estos efectos, los postulantes, antes de dar inicio al programa de especialización al que accedan, deberán suscribir una escritura pública que la Subsecretaría podrá a su disposición. Si el postulante no suscribe perderá el cupo de especialización, el que quedará liberado y a disposición de la Subsecretaría.
 - f. El DFDRH publica los cupos de especialización ofrecidos por las Universidades y los SS de destino una vez conformados.
 - g. Los profesionales que cumplen con los requisitos postulan al Concurso en los plazos definidos en las bases.
 - h. Se constituye la Comisión de Evaluación y Calificación de las Postulaciones, convocada por el MINSAL, integrada en el caso de los médicos por:
 - i. Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Capacitación o a quien ésta designe, quien la presidirá y decidirá en caso de empate.
 - ii. Un profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP).
 - iii. Cinco Directores o Subdirectores de los Servicios de Salud o a quien éstos designen.
 - iv. Un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile ASOFAMECH.
 - v. Ocho representantes de los médicos EDF que se encuentran en la Etapa de Destinación y Formación.
 - vi. Las Comisiones sesionarán con 50% de los miembros participantes, entre quienes deberán estar siempre presentes los que se indican en las letras i) y ii) precedentes, y las decisiones se tomarán con la mayoría y en caso de empate el presidente de la Comisión resolverá.
 - i. Se constituye la Comisión de Evaluación y Calificación de las Postulaciones, convocada por el MINSAL, integrada en el caso de los odontólogos por:
 - i. Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Capacitación o a quien ésta designe, quien la presidirá y decidirá en caso de empate.
 - ii. Un profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP).
 - iii. Dos Directores o Subdirectores de los Servicios de Salud o a quien éstos designen.
 - iv. Un representante de la Asociación de Facultades de Odontología de Chile ACHEO.
 - v. Seis representantes de los médicos EDF que se encuentran en la Etapa de Destinación y Formación.
 - vi. Las Comisiones sesionarán con 50% de los miembros participantes, entre quienes deberán estar siempre presentes los que se indican en las letras i) y ii)

- precedentes, y las decisiones se tomarán con la mayoría y en caso de empate el presidente de la Comisión resolverá.
- j. La Comisión de Evaluación para los médicos evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos (70,00 puntos):
- i. Rubro 1, Calificación Médica Nacional (CMN), 64,00 puntos máximos.
 - ii. Rubro 2, Ayudante Alumno, 2,00 puntos máximos.
 - iii. Rubro 3, Trabajos Científicos, 2,00 puntos máximos.
 - iv. Rubro 4, Practica de Atención Abierta (PAA), 1,50 puntos máximos.
 - v. Rubro 5, Cursos de Capacitación y Perfeccionamiento, 0,50 puntos máximos.
 - vi. En el caso de igualdad de puntaje entre postulantes, se utilizará el puntaje obtenido en el Rubro 1 Calificación Médica Nacional (CMN), si persiste la igualdad se utilizará el puntaje obtenido en los rubros 2, 3, 4 que siguen a continuación en el orden de precedencia
 - vii. Si persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión Evaluadora.
- k. La Comisión de Evaluación para los odontólogos evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos (100,00 puntos):
- i. Rubro 1, Calificación, 80,00 puntos máximos.
 - ii. Rubro 2, Ayudante Alumno, 5,00 puntos máximos.
 - iii. Rubro 3, Trabajos Científicos, 5,00 puntos máximos.
 - iv. Rubro 4, Practica de Atención Abierta (PAA), 10,00 puntos máximos.
 - v. En el caso de igualdad de puntaje entre postulantes, se utilizará el puntaje obtenido en el Rubro 1 Calificación Médica Nacional (CMN), si persiste la igualdad se utilizará el puntaje obtenido en los rubros 4, 2 y 3 que siguen a continuación en el orden de precedencia
 - vi. Si persistiera la igualdad, el desempate se hará por sorteo de acuerdo a las reglas acordadas por la Comisión Evaluadora.
- l. El DFDRH publica puntajes provisorios y listado de cupos de especialización por Universidad, indicando Centro Formador y SS de destino o cumplimiento del PAO.
- m. Postulantes conocen puntaje y apelan por escrito al Subsecretario de Redes Asistenciales, en el plazo establecido en las bases de licitación.
- n. Se establece la Comisión de Reposición para los médicos, conformada por el Subsecretario de Redes Asistenciales o quien este designe y la presidirá, el Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien este designe, el presidente de Comisión de Evaluación y tres representantes de los médicos EDF en destinación. Dicha Comisión dispondrá de un plazo máximo para la resolución de los respectivos recursos de cinco días hábiles, contados desde la publicación de los puntajes provisorios con reposición. Deberá ponderar y resolver las reclamaciones de los postulantes para que acoja o rechace la respectiva apelación.
- o. Se establece la Comisión de Reposición para los odontólogos, conformada por el Subsecretario de Redes Asistenciales o quien este designe y la presidirá, el Jefe de División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien este designe, el presidente de Comisión de Evaluación y dos representantes de los dentistas EDF en destinación. Dicha Comisión dispondrá de un plazo máximo para la resolución de los respectivos recursos de cinco días hábiles, contados desde la publicación de los puntajes provisorios con reposición. Deberá ponderar y resolver las reclamaciones de los postulantes para que acoja o rechace la respectiva apelación.
- p. El DFDRH publica puntajes definitivos.

- q. El DFDRH realiza primer llamado a viva voz para la aceptación o no de los cupos de especialización ofertados, en orden decreciente desde el mayor puntaje, en que los postulantes con mayores puntajes eligen un cupo de especialización, la universidad y lugar en que se realizará
- r. El DFDRH realiza segundo llamado a viva voz para la aceptación de los cupos de especialización ofertados.
- s. El DFDRH publica la lista definitiva de los médicos con cupos de especialización aceptados y sus respectivos SS de destino.

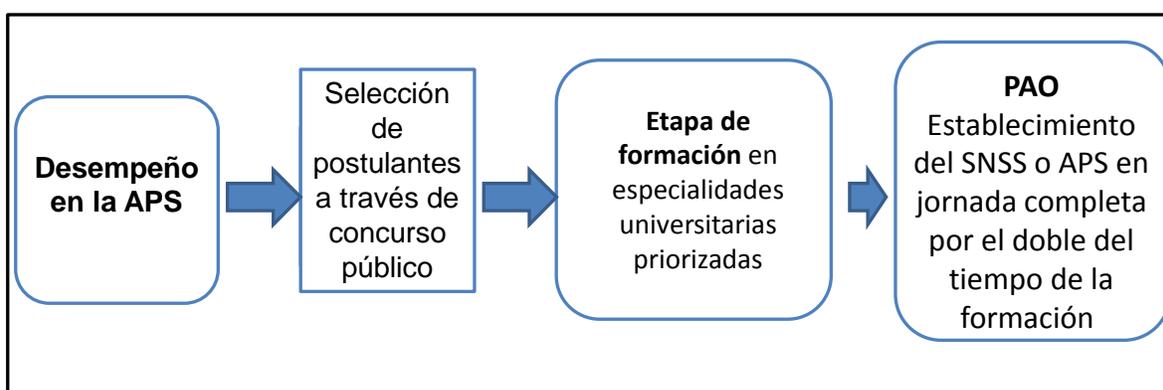
Formación y contratación:

- a. El DFDRH envía a los respectivos SS el listado de profesionales seleccionados para su contratación en calidad de becarios¹²⁷ y la suscripción de garantías de permanencia y de cumplimiento de permanencia y devolución (PAO).
- b. Los SS respectivos emiten la Resolución afecta para la contratación de los Médicos y Odontólogos en calidad de becarios, en conformidad a lo establecido en el Reglamento de Becarios de la Ley 15.076, autorizado por el Decreto N° 507 de octubre de 1990.
- c. Los SS envían la Resolución a toma de razón por la CGR.
- d. Los SS reciben la toma de razón del contrato por parte de la CGR, la registran y envían una copia al MINSAL para conocimiento y respaldo, elaboración de convenios, registro y monitoreo.
- e. El PAO debe cumplirse en cualquier establecimiento que determine la Subsecretaría de Salud o el Director de Servicio de Salud correspondiente, lo que se señalará a lo menos con seis meses de antelación al término del período de beca. Para este efecto, el profesional será contratado con jornada completa, excepcionalmente reducirse hasta 22 horas semanales cuando asuma otro cargo público, por el Servicio de Salud de que se trate o por la entidad administradora de salud municipal, según corresponda, en calidad de planta o a contrata.
- f. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los becarios, el profesional deberá previamente firmar ante notario la escritura pública con la concurrencia del aval y del representante legal del MINSAL o del SS, quedando protocolizada e incorporada a sus registros públicos una garantía consistente en una caución suficiente, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. La garantía será equivalente a UF 5.000 y se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del período del PAO. En caso de mora o simple retardo en el pago de ella, devengará el interés máximo convencional para operaciones reajustables, desde la fecha de su incumplimiento y hasta la fecha de su pago total y efectivo.
- g. Si el beneficiario presenta la renuncia al programa de formación dentro de los treinta días de iniciada, sólo deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles pero no se le hará efectiva la garantía.

¹²⁷ El artículo 19 del Reglamento 507 establece que el estipendio mensual que percibirá el becario será una cantidad 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. Además, 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

- h. El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del PAO, salvo excepciones, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacerse efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el punto anterior, administrativamente y sin más trámite.
- i. El DFDRH monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación, mediante el indicador que mide trimestralmente el porcentaje de médicos y dentistas que se encuentran cursando programas de especialización y sub especialización respecto a la plantilla total de médicos en formación del año (Compromisos de Gestión N° 17).
- j. El DFDRH monitorea el cumplimiento del PAO a través del Compromiso N° 17, donde los SS informan trimestralmente el indicador porcentaje de médicos y dentistas que cumplen efectivamente con su período asistencial obligatorio.
- k. El MINSAL monitorea el control del gasto en formación a través de los sistemas de información vigentes (SIGFE y registros manuales que emiten mensualmente los SS).

4.- Formación de médicos de la Atención Primaria de Salud (APS) de 3 años:



Fuente: Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

Definición de la oferta disponible:

- a. Los Servicios de Salud piden información a las municipalidades para los establecimientos de su dependencia las necesidades de especialización de médicos y dentistas generales
- b. El DFDRH solicita a los SS el envío de los requerimientos de especialización de médicos en los siguientes programas definidos como prioritarios para la APS: Medicina Familiar, Medicina Familiar Adulto y del Niño, Medicina de Urgencia, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Salud Pública, según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- c. El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida la información de los cupos y lugar de destino para los médicos generales.
- d. El DFDRH solicita a las Universidades un informe de los cupos de especialidad de médicos, que pone a disposición de este concurso nacional.
- e. El DFDRH recibe la respuesta de las Universidades y consolida los cupos ofertados.

Concurso

- a. El DFDRH elabora las bases del concurso nacional.
- b. La División Jurídica del MINSAL elabora la Resolución Aprobatoria de las Bases del Concurso, la que es firmada por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

- c. El DFDRH publica las bases del concurso para la postulación de los interesados que cumplen con los siguientes requisitos:

Médicos Cirujanos contratados por Ley N° 19.664:

- i. Tener la nacionalidad Chilena, o ser médico con nacionalidad extranjera con permanencia definitiva en Chile.
- ii. Haber obtenido el título de médico cirujano de una universidad Chilena o Extranjera con posterioridad al 01.03.2001.
- iii. Ser médico cirujano de la Etapa de Destinación y Formación que regula la ley N° 19.664.
- iv. Haber ingresado a la Etapa de Destinación y Formación establecido por el artículo 9° de la ley 19.664; que tengan un contrat o vigente.
- v. Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años a la fecha de ingreso del Programa de Especialización, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal, o
- vi. Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a un año a la fecha de ingreso del Programa de Especialización en Medicina Familiar, en el nivel primario de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal, este requisito sólo es exigible a quienes opten a dicho programa de especialidad en Medicina Familiar.
- vii. Presentar toda la documentación requerida en cada uno de los anexos solicitados.

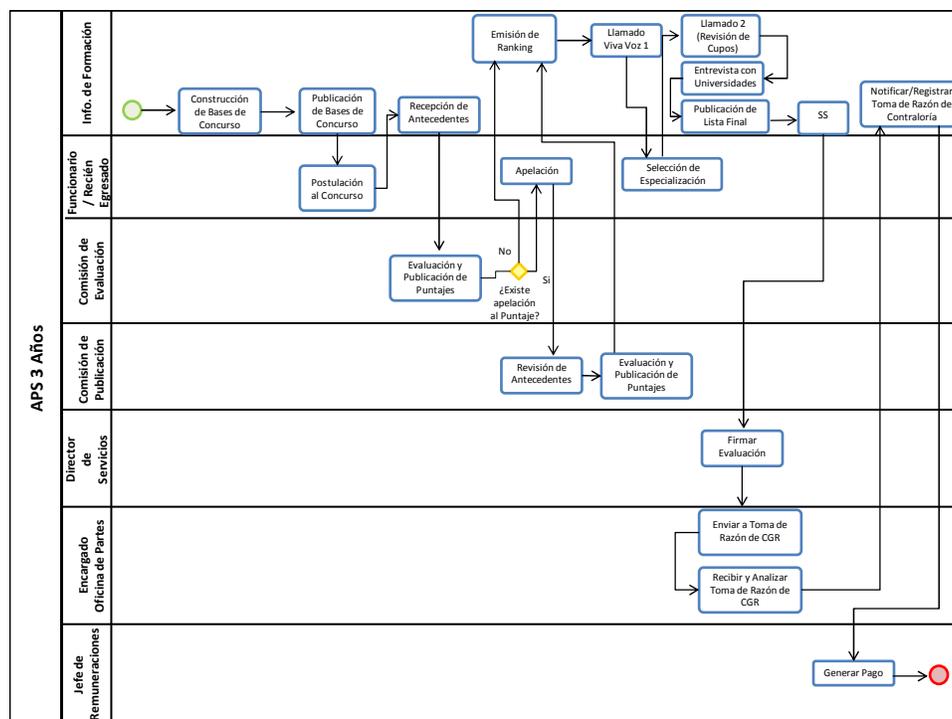
Médicos Cirujanos contratados por Ley N° 19.378:

- i. Tener la nacionalidad Chilena, o ser médico con nacionalidad extranjera con permanencia definitiva en Chile.
 - ii. Haber obtenido el título de médico cirujano de una universidad Chilena o Extranjera con posterioridad al 01.03.2001.
 - iii. Ser médico cirujano contratado por la Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
 - iv. Tener contrato vigente con alguna Municipalidad del país.
 - v. Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años a la fecha de ingreso del Programa de Especialización, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal, o
 - vi. Haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a un año a la fecha de ingreso del Programa de Especialización en Medicina Familiar, en el nivel primario de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal, este requisito sólo es exigible a quienes opten a dicho programa de especialidad en Medicina Familiar.
 - vii. Presentar toda la documentación requerida en cada uno de los anexos solicitados.
 - viii. En relación al requisito señalado en el número iv, se deberá certificar su cumplimiento mediante documento firmado por el Subdirector Médico o su equivalente del Servicio de Salud; o por la entidad Administradora de Salud Municipal de la Municipalidad correspondiente, acreditando los años de desempeño en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o establecimientos de salud municipal a la fecha de ingreso al Programa de Especialización.
- d. El DFDRH recibe los antecedentes de los postulantes para los cupos de especialización en los plazos definidos en las bases.

- e. Se constituye la Comisión de Evaluación, convocada por el MINSAL e integrada por las siguientes personas:
- i. El Jefe de la Unidad de Destinación y Becas del Departamento de Formación y Capacitación de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, quien la presidirá.
 - ii. Un profesional de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, nombrado por el jefe de esta. Quien actuará como secretario y ministro de fe.
 - iii. Dos profesionales de la División de Atención Primaria.
 - iv. Dos Directores o Subdirectores de SS o a quien éstos designen.
 - v. Un representante de la Asociación Chilena de Municipalidades.
 - vi. Un representante de los directores de salud municipal.
 - vii. Ocho representantes del Colegio Médico de Chile A.G. que no se encuentren participando de este proceso en calidad de postulante.
 - viii. Ocho representantes de la Confederación de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM) que no se encuentren participando de este proceso en calidad de postulante.
 - ix. Un representante de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).
 - x. Las Comisiones sesionarán con mayoría absoluta (50%+1) de los integrantes y las decisiones se tomarán con la mayoría y en caso de empate el presidente de la Comisión resolverá.
- f. La Comisión de Evaluación evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases para los siguientes rubros de evaluación y sus puntajes máximos (100,00 puntos):
- i. Rubro 1, Antigüedad en el desempeño en APS, 40 puntos.
 - ii. Rubro 2, Cursos de Perfeccionamiento, 15 puntos.
 - iii. Rubro 3, Funciones de Responsabilidad, 10 puntos.
 - iv. Rubro 4, Trabajo Comunitario, en Centro Comunitario y en Posta Rural, 10 puntos.
 - v. Rubro 5, Trabajo de Investigación y Docencia en APS, 8 puntos.
 - vi. Rubro 6, Servicio de Urgencia y/o Extensión Horaria, 7 puntos.
 - vii. Rubro 7, Calificación Médica Nacional, 6 puntos.
 - viii. Rubro 8, Calificación Funcionaria, 4 puntos.
 - ix. Adicionalmente se otorgarán 5,00 puntos a los postulantes con discapacidad física comprobada mediante un certificado de inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad que establece la ley 20.422; y a los postulantes que tengan la calidad de indígena, comprobada mediante un certificado extendido por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), de conformidad con lo dispuesto en la Ley 19.253. Los postulantes que presenten ambas condiciones, sólo será considerada una bonificación.
- g. El DFDRH publica puntajes provisorios y listado de cupos de especialización por Universidad.
- h. Postulantes conocen puntaje y apelan por escrito al Subsecretario de Redes Asistenciales, en el plazo establecido en las bases de licitación.
- i. Se establece la Comisión de Apelación, conformada por el Subsecretario de Redes Asistenciales o quien este designe, el Jefe de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas o quien éste designe, el Presidente de la Comisión Revisora, dos representantes del Colegio Médico AG, dos representantes de la CONFUSAM.

- Deberá ponderar y resolver las reclamaciones de los postulantes para que acoja o rechace la respectiva apelación.
- j. El DFDRH publica puntajes definitivos.
 - k. El DFDRH realiza primer llamado a viva voz para la aceptación o no de los cupos de especialización ofertados, en orden decreciente desde el mayor puntaje, en que los postulantes con mayores puntajes eligen un cupo de especialización, la universidad y lugar en que se realizará
 - l. El DFDRH realiza segundo llamado a viva voz para la aceptación de los cupos de especialización ofertados.
 - m. El DFDRH publica la lista definitiva de los médicos con cupos de especialización aceptados.
 - n. El DFDRH informa los cupos de especialización tomados a las Universidades respectivas y a los Servicios de Salud de origen de los médicos. Estos deben informar, cuando corresponda, al Municipio en el cual se encuentran contratados los profesionales seleccionados.
 - o. La Comisión de Especialidad de la Universidad entrevista al médico que ha tomado cupo y confirma o rechaza su aceptación o ingreso al respectivo programa de especialización.
 - p. Los alcaldes firman un convenio mandato con el Servicio de Salud respectivo para que este último, en nombre de la Municipalidad, transfiera los recursos de la formación a las universidades. Esta operación es realizada con el ítem 24.
 - q. Los Servicios de Salud, en nombre de las municipalidades involucradas, pagan a las universidades por la formación de los médicos de las municipalidades de su jurisdicción.

El Flujo N°3 describe lo señalado en los puntos anteriores.

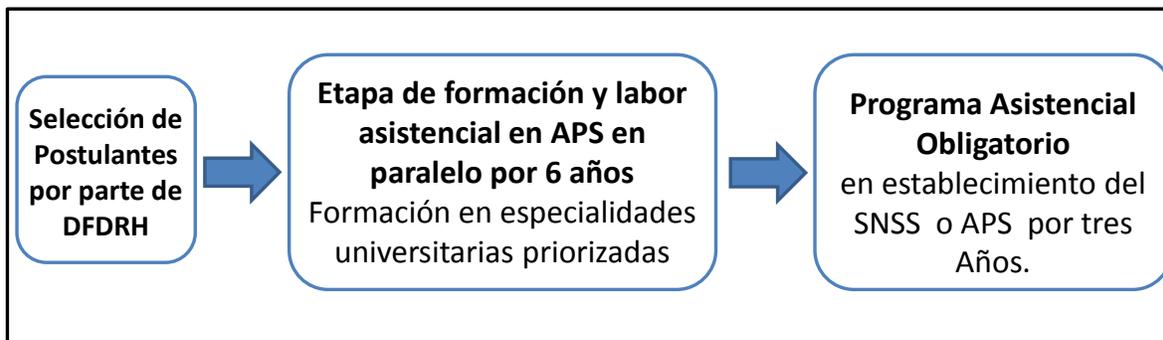


Fuente: Elaboración propia en base a información de Bizagi Process Modeler "Capacitación y Formación 3.0".

Contratación:

- a. Los Municipios contratantes suscriben convenios anuales con las Universidades y realizan, a través de los Servicios de Salud, el pago de los aranceles.
- b. Los médicos en misión de estudios se comprometen con el Municipio y/o el SS de destino, según corresponda, a realizar un período asistencial obligatorio por el doble del período de la formación mediante escritura pública. Tratándose de los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación (Art 9o) podrán hacer valer para tales efectos el 50% del tiempo de permanencia en dicha etapa del respectivo Servicio de Salud, cumplido con anterioridad al acceso a los programas.
- c. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los becarios, el profesional deberá previamente firmar ante notario la escritura pública con la concurrencia del aval y del representante legal del MINSAL o del SS, quedando protocolizada e incorporada a sus registros públicos una garantía consistente en una caución suficiente, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. La garantía será equivalente a UF 5.000 y se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del período del PAO. En caso de mora o simple retardo en el pago de ella, devengará el interés máximo convencional para operaciones reajustables, desde la fecha de su incumplimiento y hasta la fecha de su pago total y efectivo. Los tiempos comprometidos y el monto de la garantía serán distintos para los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación.
- d. Si el beneficiario presenta la renuncia al programa de formación dentro de los treinta días de iniciada, sólo deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles pero no se le hará efectiva la garantía.
- e. El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del PAO, salvo excepciones, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacersele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el punto anterior, administrativamente y sin más trámite.
- f. El DFDRH monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación, mediante el indicador que mide trimestralmente el porcentaje de médicos y dentistas que se encuentran cursando programas de especialización y sub especialización respecto a la plantilla total de médicos en formación del año (Compromisos de Gestión N° 17).
- g. El DFDRH monitorea el cumplimiento del PAO a través del Compromiso N° 17, donde los SS informan trimestralmente el indicador porcentaje de médicos y dentistas que cumplen efectivamente con su período asistencial obligatorio.
- h. El MINSAL, a través de la DIVAP, monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación.

5.- Formación de médicos para la Atención Primaria de Salud (APS) de 6 años¹²⁸:



Fuente: Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

Definición de la oferta disponible:

- Los Servicios de Salud piden información a las municipalidades para los establecimientos de su dependencia las necesidades de especialización de médicos y dentistas generales
- El DFDRH solicita a los SS el envío de los requerimientos de especialización de médicos en los siguientes programas definidos como prioritarios para la APS: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Psiquiatría y Neurología según los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización.
- El DFDRH recibe respuesta de los SS y consolida la información de los cupos y lugar de destino para los médicos generales.
- El DFDRH solicita a las Universidades un informe de los cupos de especialidad de médicos, que pone a disposición de este concurso nacional.
- El DFDRH recibe la respuesta de las Universidades y consolida los cupos ofertados.

Selección y Contratación:

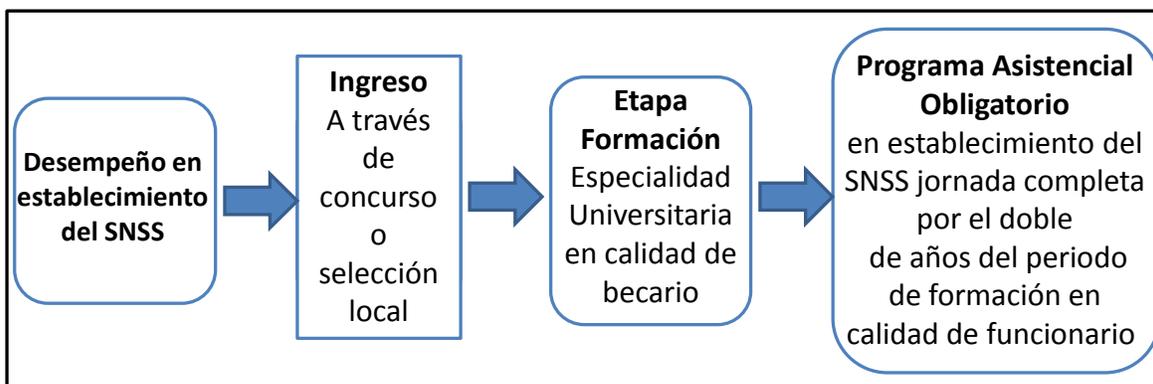
- Paralelamente a la postulación y selección de médicos, el MINSAL selecciona de acuerdo criterios epidemiológicos y de vulnerabilidad, los establecimientos de APS que recibirán a los médicos para el desempeño del componente asistencial del programa.
- El DFDRH instruye a los SS para que los respectivos municipios suscriban convenios anuales con las Universidades para el pago de aranceles y matrículas de los programas de formación de especialistas correspondientes.
- El DFDRH formaliza nóminas de los profesionales seleccionados e instruye a los SS para que los respectivos municipios elaboren los contratos y garantías de permanencia en la formación y retorno correspondientes.
- El DFDRH instruye a los SS para la contratación de tutores (médicos especialistas) e informa asignaciones presupuestarias y de cupos de honorarios correspondientes.
- Los médicos en misión de estudios se comprometen con el Municipio y/o SS de destino según corresponda a realizar un período asistencial obligatorio por tres años mediante escritura pública.
- Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los becarios, el profesional deberá previamente firmar ante notario la escritura pública con la concurrencia del aval y del representante legal del MINSAL o del SS, quedando protocolizada e

¹²⁸ A la fecha de elaboración del informe, el Panel no dispone de las bases de licitación por lo que no dispone de mayores detalles del componente, salvo los comentados en las reuniones efectuadas con los representantes del MINSAL.

incorporada a sus registros públicos una garantía consistente en una caución suficiente, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. La garantía será equivalente a UF 5.000 y se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del período del PAO. En caso de mora o simple retardo en el pago de ella, devengará el interés máximo convencional para operaciones reajustables, desde la fecha de su incumplimiento y hasta la fecha de su pago total y efectivo.

- g. Si el beneficiario presenta la renuncia al programa de formación dentro de los treinta días de iniciada, sólo deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles pero no se le hará efectiva la garantía.
- h. El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del PAO, salvo excepciones, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacersele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el punto anterior, administrativamente y sin más trámite.
- i. El DFDRH monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación, mediante el indicador que mide trimestralmente el porcentaje de médicos y dentistas que se encuentran cursando programas de especialización y sub especialización respecto a la plantilla total de médicos en formación del año (Compromisos de Gestión N° 17).
- j. El DFDRH monitorea el cumplimiento del PAO a través del Compromiso N° 17, donde los SS informan trimestralmente el indicador porcentaje de médicos y dentistas que cumplen efectivamente con su período asistencial obligatorio.
- k. El MINSAL, a través de la DIVAP, monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación.

6.- Formación directa en los SS (FORDIR):



Fuente: Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

Definición de la oferta disponible:

- a. El SS solicita cupos de formación de especialistas y sub especialistas Médicos y especialistas Odontólogos a las Universidades.
- b. El SS recibe los cupos de especialización ofrecidos por las Universidades.

- c. El SS solicita a los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización el envío de los requerimientos de especialización de médicos y odontólogos generales.
- d. El SS recibe respuesta de los establecimientos de su dependencia y las comunas bajo su fiscalización y consolida la información de los cupos, profesiones y lugar de destino.

Concurso^{129 130}

- a. La Unidad, Departamento o Subdirección de Recursos Humanos del SS formula las bases del concurso.
- b. La Unidad de Asesoría Jurídica del SS elabora la resolución aprobatoria de las Bases, la que firma el (la) Director (a).
- c. La Unidad, Departamento o Subdirección de Recursos Humanos del SS publica las Bases para la postulación de los interesados que cumplen, con los siguientes requisitos:
 - i. Tener la nacionalidad Chilena, o ser médico con nacionalidad extranjera con permanencia definitiva en Chile.
 - ii. Haberse desempeñado en el nivel primario de atención del SS o en algún establecimiento de salud municipal, por un lapso no inferior a tres años (Art. 11, Ley N° 19.664).
- d. Los Médicos y Odontólogos que cumplen con los requisitos, que incluye la exigencia de experiencia laboral previa, postulan al Concurso.
- e. La Unidad, Departamento o Subdirección de Recursos Humanos del SS recibe los antecedentes de los postulantes para los cupos de especialización.
- f. Se constituye la Comisión de Evaluación y Calificación de las Postulaciones del Concurso Nacional, convocada por el SS, integrada por personal del SS.
- g. La Comisión evalúa los antecedentes presentados por los postulantes, asigna puntajes y establece ranking de acuerdo a la pauta contenida en las bases.
- h. La Comisión de Evaluación confecciona el Informe Final de Evaluación, el cual es remitido por escrito al Director del SS.
- i. La Unidad, Departamento o Subdirección de Recursos Humanos del SS informa los cupos de especialización tomados en el Concurso Nacional a la Universidad respectiva.
- j. El equipo a cargo del Programa de Especialización de la Universidad respectiva, realiza un proceso de habilitación o admisión de los postulantes que eligieron los cupos de especialización ofrecidos por ésta, proceso que considera a lo menos una entrevista pero que no es estandarizado entre las instituciones y no es objetivable.
- k. Si la Universidad lo habilita, el Médico u Odontólogo postulante puede acceder a uno de los cupos ofrecidos en el Programa de Especialización.
- l. La Unidad, Departamento o Subdirección de Recursos Humanos del SS informa a los establecimientos y las municipales respectivas la aceptación de los postulantes en un cupo de Formación de Especialistas y la Universidad en la cual desarrollará el Programa.

Formación:

- k. Los SS suscriben convenios anuales con las Universidades y realizan el pago de aranceles.
- l. En el caso de las especialidades, los becarios se comprometen con el SS a realizar un período asistencial obligatorio (PAO) por el doble del período de la formación,

¹²⁹ La sección está destinada a describir el proceso de aquellas especialidades que son concursadas por los servicios de salud. En los otros casos, la asignación de la especialización es directa por parte del Director del Servicio.

¹³⁰ Las subespecialidades no son concursadas y son asignadas directamente al interior de los SS.

mediante escritura pública. Para las subespecialidades, las personas seleccionadas realizan la formación en comisión de estudios, es decir, se mantienen como funcionarios de los Servicios de Salud. Posteriormente, al término de la formación, deben realizar el PAO en el SS donde es funcionario.

- m. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los becarios, el profesional deberá previamente firmar ante notario la escritura pública con la concurrencia del aval y del representante legal del MINSAL o del SS, quedando protocolizada e incorporada a sus registros públicos una garantía consistente en una caución suficiente, cuyo monto deberá expresarse en unidades reajustables y corresponderá al total de los gastos que se originen con motivo de la ejecución del programa, incluidos los derechos o aranceles del órgano formador y aquellos derivados del incumplimiento, incrementados en un 50%. La garantía será equivalente a UF 5.000 y se mantendrá vigente durante todo el período de beca y hasta el término del período del PAO. En caso de mora o simple retardo en el pago de ella, devengará el interés máximo convencional para operaciones reajustables, desde la fecha de su incumplimiento y hasta la fecha de su pago total y efectivo.
- n. Si el beneficiario presenta la renuncia al programa de formación dentro de los treinta días de iniciada, sólo deberá devolver el estipendio recibido como también los gastos en que se hubiere incurrido por concepto de matrículas y aranceles pero no se le hará efectiva la garantía.
- o. El incumplimiento por parte del becario de cualquiera de sus deberes y con posterioridad del PAO, salvo excepciones, lo inhabilitará a postular para ser contratado o designado en cualquier cargo de la Administración del Estado, hasta por un lapso de seis años; sin perjuicio de hacérsele efectiva por la autoridad correspondiente la garantía a que se refiere el punto anterior, administrativamente y sin más trámite.
- p. El SS monitorea el cumplimiento del programa de estudios por parte de las Universidades y de los profesionales en formación e informa al MINSAL, mediante el indicador que mide trimestralmente el porcentaje de médicos y dentistas que se encuentran cursando programas de especialización y sub especialización respecto a la plantilla total de médicos en formación del año¹³¹ (Compromisos de Gestión N° 17).
- q. El SS monitorea el cumplimiento del PAO e informa al MINSAL a través del Compromiso N° 17, donde los SS informan trimestralmente el indicador porcentaje de médicos y dentistas que cumplen efectivamente con su período asistencial obligatorio.
- r. El MINSAL monitorea el control del gasto en formación a través de los sistemas de información vigentes (SIGFE y registros manuales que emiten mensualmente los SS).

¹³¹ La metodología se encuentra descrita en el documento "Orientación Técnica y Metodológica Compromisos de Gestión 2014: Formación de Especialistas 2014".

7.- Formación en Programas de especialidades gravemente falentes (FEGF):



Fuente: Elaboración propia en base a información de MINSAL (2013): Evaluación del Programa: Política de Formación de Especialistas en Chile”.

Definición de la oferta disponible:

- El DFDRH solicita cupos de formación al SS y establecimientos asistenciales de mayor complejidad que en coordinación con una Universidad, permita articular todo el proceso formativo en el mismo establecimiento.
- El DFDRH solicita a la DIPRES recursos para su financiamiento

Concurso

- El DFDRH solicita a la Universidad que realice los concursos de selección de acuerdo a los procedimientos establecidos por ellas mismas¹³².
- El DFDRH establece como criterio orientar la selección de médicos que han trabajado en la especialidad, independiente que realicen actividades laborales en la red pública de salud.

Contratación:

- El DFDRH recibe la nómina de seleccionados y realiza convenios centralizados con las Universidades suscritos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en representación de los Directores de SS de las regiones Metropolitana, V, VIII y IX.
- El DFDRH instruye al SS la contratación en calidad de becarios y transfiere los recursos correspondientes y la suscripción de garantías de permanencia en el programa y devolución.
- El DFDRH realiza reuniones de coordinación y monitoreo entre los diversos actores del proceso formativo: Universidades, SS y Jefes de Servicios clínicos correspondientes de anestesia y de urgencia.

El Panel evalúa que, en general, las actividades consideradas en los distintos procesos y subprocesos productivos son suficientes y permiten generarlos de forma completa y oportuna, con excepción de las relacionadas con el monitoreo y seguimiento de las distintas actividades contempladas en cada una de ellos. Lo mismo respecto a las actividades correctivas.

Un tema especial en este contexto son las actividades relacionadas con el control del cumplimiento del PAO. En dicho subproceso sería conveniente estudiar la incorporación de actividades más específicas que las contenidas en el cumplimiento trimestral de los compromisos de gestión asociados al tema.

¹³² Las universidades participantes son la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad del Desarrollo, Universidad de Valparaíso, la Universidad San Sebastián y la Universidad de Santiago de Chile.

Por otra parte, se analiza que si bien existen distintos criterios de incorporación y calidades laborales durante el período de formación, en varios de ellos responden a lo establecido en los marcos legales vigentes respetando de esta forma lo allí establecido. No obstante, se considera que el gran número de componentes puede afectar la eficiencia y eficacia del Programa al no utilizar las economías de escala y ámbito de concentrar la elaboración de bases de licitación, llamados y llenados de cupos de formación en un menor número de procesos, lo que se considera que además, dificulta las tareas asociadas al monitoreo y seguimiento.

Otro elemento a revisar es no disponer de un componente destinado exclusivamente a la formación de sub especialistas, en el entendido que dichos estudios requieren de la participación de profesionales con historia y futuro laboral en la red pública y necesitarán del beneplácito de los distintos actores involucrados; jefe de servicio clínico, dirección del establecimiento y la universidad que dispone del campo clínico y los docentes formadores en el post título.

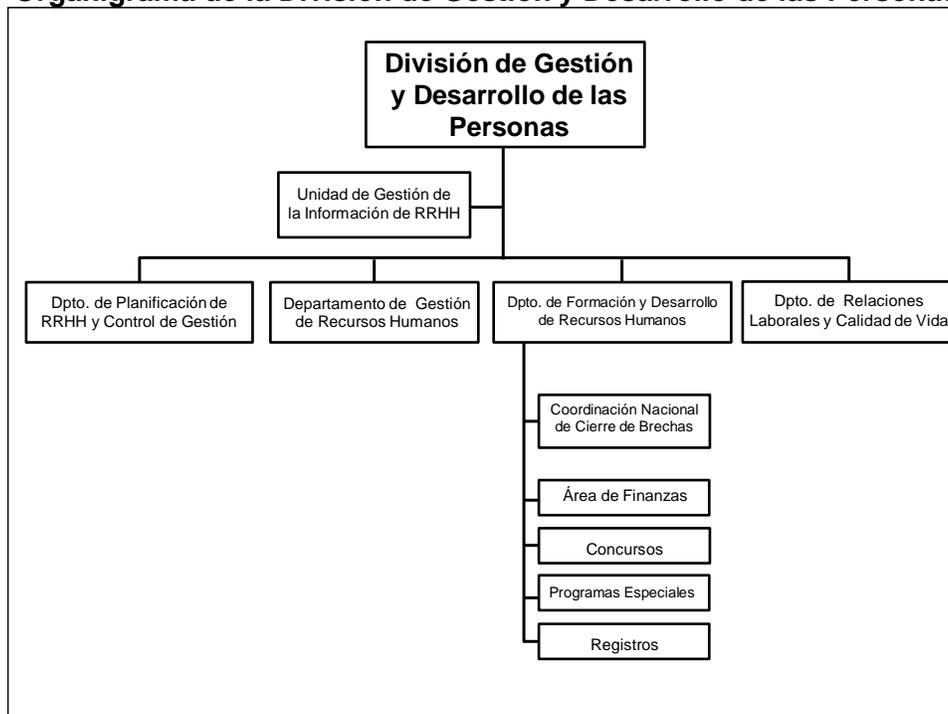
Por último, el Panel estima pertinente mejorar la transparencia asociada a los actuales procesos de negociación entre la ASOFAMECH y ACHEO que el proceso de producción carece del subproceso de llamado a licitación por parte del MINSAL -con la definición de los requerimientos de formación por especialidades y sub especialidades a nivel nacional y por servicios de salud- a las universidades que forman parte de la ASOFAMECH y la ACHEO. Entendiendo que existen limitaciones por las restricciones de campos clínicos y los profesores formadores, se estima pertinente avanzar para que dichas instituciones ajusten su oferta a los requerimientos del MINSAL, ciertamente en un contexto con posibilidades de ofrecer aranceles diferenciados para los post títulos de mayor costo y viceversa, entre otros incentivos tales como mayores premios financieros en el caso de ofrecer un mayor número de cupos a las especialidades falentes o proporcionar un mayor número de cupos que aumenten la capacidad de resolución de la APS, entre otros. Además, la incorporación de un subproceso de las características señaladas permitiría mejorar la transparencia a los actuales procesos de negociación entre el MINSAL y las asociaciones de facultades de medicina y odontología, procesos en los cuales no se disponen de actas formales de las distintas reuniones que permitan realizar un monitoreo y seguimiento de los distintos acuerdos alcanzados entre las partes.

2. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones

Estructura Organizacional

La organización interna del Ministerio de Salud incluye dos Subsecretarías: de Salud Pública y de Redes Asistenciales. De esta última dependen cuatro divisiones: Atención Primaria de Salud, Gestión de Redes, División de Presupuesto e Inversiones y División de Gestión y Desarrollo de las Personas. La última de las mencionadas tiene a su cargo el programa en evaluación y está estructurada de la siguiente forma:

Organigrama de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas



Fuente: Elaboración propia en base a información de Programa de Formación de Especialistas –SRA - MINSAL

Las funciones del Departamento de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos (DFDRH) según Resolución Exenta del 15/02/2013 son las siguientes¹³³:

- a. Formular propuestas de políticas en el ámbito de la formación y desarrollo de los recursos humanos en el sector.
- b. Contribuir al cierre de brechas de recursos humanos a través de la gestión de los programas de especialización médica y odontológica.
- c. Articular con instituciones de formación y actores relevantes de salud, iniciativas de regulación, desarrollo y formación de los recursos humanos, tanto de nivel profesional como técnico.
- d. Proponer orientaciones estratégicas para el desarrollo de la relación asistencial/docente en el SNSS, incluyendo la gestión de los Campos de Formación Profesional y Técnica (CFPT)
- e. Gestionar el sistema de formación de especialistas médicos y odontólogos, incluyendo la realización de concursos nacionales y gestión del presupuesto de formación.
- f. Gestionar los concursos de ingreso a la Etapa de Destinación y Formación.
- g. Coordinar y monitorear la implementación de los programas de formación en los Servicios de Salud.
- h. Apoyar la implementación de las prioridades de la política ministerial a través de estrategias de capacitación del personal, con énfasis en el desarrollo de competencias a través de diferentes metodologías de aprendizaje.
- i. Otorgar asistencia técnica a los Servicios de Salud para la gestión de los sistemas de capacitación y perfeccionamiento del personal del SNSS.

¹³³ A la fecha de la presentación de este informe, el panel no tiene información en relación a la existencia de descripción de funciones con anterioridad a 2013.

- j. Participar en el diseño, implementación y evaluación de los programas centralizados de capacitación impulsados por el Ministerio de Salud.
- k. Determinar y actualizar permanentemente la brecha de médicos especialistas.
- l. Articular la relación docente asistencial con los centros formadores del país y extranjero.
- m. Contribuir al desarrollo de estrategias de aseguramiento de la calidad del personal de Salud, expresado prioritariamente en el sistema de certificación de especialistas, la incorporación de exámenes nacionales para profesionales de la salud, el fortalecimiento de los sistemas de capacitación y perfeccionamiento del personal y la elaboración de propuestas de perfiles de egreso y ocupación de los recursos humanos, junto con el Ministerio de Educación.

El personal contratado en este Departamento es la siguiente:

Unidad	Profesión / Cargo	Modalidad de Contrato
Coordinación	Médico	Contrata
	Sociólogo	Contrata
Finanzas	Administrador Público	Contrata
Registros	Informático	Contrata
Concursos	Auditor	Contrata
Programas Especiales	Médico	Contrata
	Médico	Contrata
Otros	Médico	Contrata
	Abogado	Contrata
	Odontólogo	Comisión de Servicio

Fuente: Elaboración propia en base a información del Programa de Formación de Especialistas –SRA - MINSAL

El panel evalúa que la estructura de la División y las funciones del DFDRH si bien son suficientes para lograr los objetivos del Programa presentan el inconveniente que concentran en un departamento la gestión de las definiciones estratégicas para resolver el déficit de especialistas, el dimensionamiento de las brechas y la implementación de alternativas de solución. Esto, en el extremo, podría llevar a una situación en la cual para persistir con el desarrollo del tema, el DFDRH:

- a) Define que la única solución estratégica para enfrentar potenciales brechas de especialistas es la formación universitaria,
- b) Estima por sí y ante sí una brecha que no guarda relación con la realidad y que no satisface adecuadamente los estándares nacionales e internacionales en la materia,
- c) Implementa todas las medidas necesarias para lograr reducir y/o eliminar la brechas en cuestión, con la consiguiente sobre o sub utilización de recursos públicos, y
- d) Controla el cumplimiento de las metas de formación y reducción de las brechas de horas de especialista.

Lo anterior debido a que las materias descritas son dimensiones distintas que requieren de una gestión separada para disminuir los riesgos de generar conflictos de interés como los expuestos anteriormente. En consecuencia, desde el punto de vista de mejorar la transparencia y la mejor gestión, se evalúa conveniente analizar la necesidad de establecer una separación de funciones.

Por otra parte, no existe una Descripción de Cargos por lo que no es posible analizar la correspondencia entre el número y tipo de dotación con las funciones esperadas para la gestión

del programa. El programa ha informado que si existiría tal correspondencia, pero el panel no puede constatarlo.

Mecanismos de coordinación

El programa requiere de la coordinación del DFDRH con diferentes instancias, tanto a nivel interno del MINSAL como externo a éste. Esta coordinación se lleva a cabo en instancias formales pero principalmente a través del contacto que el DFDRH establece con estas instituciones y organismos, tanto para la gestión del programa en sus hitos principales (ver descripción de procesos) como para la resolución de problemas puntuales.

Las siguientes son las principales instancias y organismos con los cuales se relaciona el DFDRH:

A nivel interno del MINSAL y SNSS:

- **Servicios de Salud:** esta coordinación es un punto central del Programa, toda vez que el rol de los SS es protagónico, tanto en la fase de levantamiento de requerimientos así como en las fases posteriores relativas a la gestión local del Programa; los SS informan en forma periódica respecto de su desarrollo.
- **División Jurídica:** aprueba las Bases para los concursos y elabora los contratos que centralizadamente se realizan con las Universidades en los componentes en que esto aplica; para estos efectos el Departamento cuenta con un profesional abogado que asume el rol de coordinación con esta División.
- **Subsecretario de Redes Asistenciales:** le corresponde firmar las Bases de los concursos que son elaborados por la División Jurídica, además de la injerencia que tiene sobre los aspectos de diseño y seguimiento del Programa.
- **División de Atención Primaria de Salud:** esta División participa en los componentes que dicen relación con la APS, elaborando el presupuesto anual en conjunto con el Departamento y siendo parte de la comisión evaluadora. A su vez, participa en el monitoreo del cumplimiento de estos componentes.
- **Departamento de Gestión de Recursos Humanos en Salud:** se relaciona con el FONASA para efectos de verificar las transferencias realizadas para el financiamiento del programa.

A nivel externo, esta coordinación se da con las siguientes instituciones:

- **Universidades:** esta relación es relevante, ya que son éstas las instituciones que otorgan los cupos para los becarios, lo cual resulta un punto crítico para el éxito del Programa. Por su parte, el Departamento debe negociar con estos centros los aranceles que serán cobrados para las diferentes especialidades.
- **Contraloría General de la República:** le corresponde la toma de razón de las resoluciones emitidas por los SS que son atingentes al Programa.
- **DIPRES:** evalúa y asigna presupuesto para el Programa.

- **Colegio Médico de Chile:** a través de diversas comisiones e instancias colegiadas, con el objeto de recibir las observaciones que permitan mejorar tanto el diseño del Programa como su gestión.
- **Municipalidades:** suscribe los convenios con las universidades y efectúa los pagos de matrículas y aranceles por la formación, en los dos componentes que le corresponden. A su vez, son éstas las instancias que elaboran los convenios con los profesionales y gestionan las garantías correspondientes.
- **Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH):** el DFD-RHS negocia anualmente los cupos requeridos para la formación de los profesionales, a partir de la demanda señalada por los SS.
- **Sociedades Científicas:** algunas de estas sociedades participan activamente en la definición de la cantidad de cupos a disponer anualmente; es una instancia que actúa regulando la formación de especialistas.
- **Representantes capitulares del Colegio Médico:** participan en las comisiones de evaluación y son actores opinantes respecto al diseño y gestión del programa.

Por su parte, los SS establecen una relación directa con los centros formadores que tienen a los establecimientos de su red con convenios docente - asistenciales, lo cual les da la opción de negociar los cupos y especialidades que requieren para la formación.

Respecto a las modalidades de coordinación con otras instancias y organismos, con la información disponible el panel evalúa que gran parte de ella es suficiente y oportuna y realizada a través de instancias formales de coordinación como las que realiza con el Congreso.

Gestión y coordinación con programas relacionados:

El Programa en evaluación tiene por objetivo la formación de médicos y odontólogos especialistas y sub especialistas **para cumplir funciones por un determinado período dentro del Sistema Público de Salud;** siendo el eje del Programa este aspecto que se ha remarcado, no se producen duplicidades con la labor que realizan los centros universitarios tanto públicos como privados, ya que la formación universitaria no incluida en los componentes de este Programa, no tienen definido éste como eje de su accionar.

Se podría considerar que la labor de las universidades en la formación habitual de post grado es más bien complementaria, toda vez que aquellos egresados pudieran voluntariamente considerar su incorporación al Sector Público y así, potenciar el cumplimiento de los objetivos del Programa.

3. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

El presupuesto del programa se asigna anualmente a los Servicios de Salud por componente, para lo cual el Departamento de Gestión de Recursos Humanos en Salud (DGRHS) calcula los recursos necesarios en función del número de profesionales que serán formados en cada SS. Este número proviene de la cuantificación de las personas que continúan en formación desde el año anterior, más los nuevos que se integran en el año a las diferentes líneas del programa.

El presupuesto de los SS financia lo siguiente:

- **Aranceles universitarios** que se acuerdan con la Asociación de Facultades de Medicina y Facultades de Odontología respectivamente, que es un arancel único para todas las universidades¹³⁴. Este incluye el valor estimado por uso de campo clínico en la red pública de salud.

- **Remuneraciones y Estipendios de los profesionales en formación.**

Remuneraciones. Las remuneraciones de los profesionales se encuentran establecidas en el Título II de la Ley N° 15.076 y en el Párrafo 4° de la Ley N° 19.664 donde se establecen los montos, los parámetros sobre las cuales se determinan, trienios, asignaciones y otros.

Estipendios. La remuneración de los profesionales en formación se regula de acuerdo a lo establecido en la ley 15.076, art. 43 que señala "...El monto mensual de la beca será una cantidad equivalente al sueldo base mensual de 44 horas semanales de trabajo, el que podrá ser implementado por el Ministerio de Salud hasta 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". A partir del año 2012 se definieron dos estipendios, el primero recibido por todos los profesionales contratados en calidad de becarios¹³⁵ y el segundo con un incremento del 50% del sueldo base mensual, que busca incentivar a los médicos que inician su formación en Anestesiología, Medicina Intensiva y Medicina de Urgencia, con compromiso de permanencia post-baca (PAO).

- **Contratos:** incluye el financiamiento de las horas médicas destinadas al cumplimiento del PAO (horas profesionales Ley N° 19.664 y Ley N° 15.076) con una asignación de estímulo¹³⁶.
- **Reemplazos:** incluye horas extraordinarias.
- **Tutores:** pago para tutores de los programas de formación en la APS¹³⁷
- **Inducción:** En algunas ocasiones, los profesionales que serán formados reciben capacitación al inicio de su período de formación.

La gestión del programa se hace en forma descentralizada. Los recursos pasan a formar parte de los presupuestos de los SS mediante un Decreto Presupuestario que elabora FONASA, a partir de la información que entrega el programa.

Mecanismos de transferencia

El MINSAL a través del DGRH, acuerda con la DIPRES los montos y expansión que serán destinados cada año al programa los que están en el presupuesto del Subtítulo 21 de la

¹³⁴ En el caso de los médicos, el arancel es de \$3.900.000 por becario en 2014. El arancel para odontólogos es de \$6.000.000 en 2014.

¹³⁵ Aproximadamente \$1.400.000 en el año 2014.

¹³⁶ Se refiere a la entrega de un incentivo a los profesionales en la fase PAO, en modalidad de asignación según lo establece la letra b) del Artículo 5 del Dto. N° 847/2000; se incrementa con esta asignación el sueldo percibido durante el período PAO.

¹³⁷ Los tutores tienen la especialidad de Salud Pública y su remuneración es equivalente a 22 horas semanales de trabajo, con contrato a honorarios.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. El Ministerio de Hacienda transfiere dichos recursos al FONASA.

El DGRH informa al DFDRH los montos aprobados y transferidos, instancia que distribuye entre los diferentes SS los montos asociados a cada ítem de este presupuesto. Dado que la totalidad del presupuesto está asignado en el Subtítulo 21, para ejecutar los recursos en los Subtítulos 22 y 24 se hacen las modificaciones presupuestarias correspondientes mediante decreto. En el caso de las transferencias a la APS municipal, la distribución del presupuesto la efectúa la División de Atención Primaria –DIVAP.

El FONASA, de acuerdo a estos antecedentes, transfiere los montos correspondientes a los SS que anualmente participan del programa. Una vez que los SS reciben dichos fondos y la distribución correspondiente, procede a remitir aquéllos que corresponden a las municipalidades que participan en el programa, mediante transferencias del Subtítulo 24. Éstas consideran el pago de remuneraciones, estipendios de las personas en formación y aranceles a las universidades.

Los gastos asociados a cada concepto de gasto se fijan en la fase inicial de la organización anual del programa, por tanto, los montos son conocidos y las transferencias se realizan al momento en que quedan definidos los cupos y asignaciones de profesionales beneficiados a los diferentes SS y Municipalidades. Son estas entidades las que luego tienen la responsabilidad de gestionar dichos recursos financieros dentro de su propia institución o hacia los centros formadores.

Cabe señalar que los convenios que suscriben los SS y municipalidades con los centros formadores son elaborados centralizadamente por el MINSAL.

Modalidades de pago

Los pagos a los profesionales en formación se ajustan a la legislación vigente y se utilizan los mecanismos de contratación habituales en el sector público (contratos, honorarios).

Los pagos a las universidades están regulados en el convenio que se suscribe anualmente el que estipula el número de cupos de especialización por especialidad y por Servicio de Salud, los montos involucrados y las condiciones en que serán transferidos los recursos. El convenio lo suscribe el Subsecretario de Redes Asistenciales en representación de los Servicios de Salud por una parte, y el rector /a de la universidad respectiva por la otra. La universidad extiende una Boleta de Garantía por el 5% del valor del convenio vigente hasta 60 días después de terminado el año académico, para resguardar el cumplimiento de los servicios pactados. En el caso de la APS municipal, los convenios con las universidades lo firman los Alcaldes respectivos.

Se evalúa que los criterios utilizados en la cuantificación anual del presupuesto del programa son adecuados porque responden a parámetros objetivos, claramente definidos, como son el costo de las remuneraciones, estipendios y otros, y el valor del arancel a pagar a las universidades. Asimismo, los mecanismos de transferencias y las modalidades de pago están claramente establecidos y cuentan con los mecanismos de control necesarios.

Sin embargo, se considera que la modalidad de asignación presupuestaria vigente, es decir la asignación del presupuesto del programa dentro del Subtítulo 21 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, no permite una correcta trazabilidad de los recursos ejecutados por los Servicios de Salud y APS municipal, ya que por esa razón los recursos se consignan como ejecutados

presupuestariamente en el momento en que el nivel central los transfiere a las instancias ejecutoras.

Otro inconveniente que resulta de la asignación del presupuesto del programa dentro de los recursos del Subtítulo 21 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es la dificultad que tiene el programa para conocer sus costos de producción, situación que se hizo evidente en esta evaluación, donde no ha sido posible conocer el gasto por componente y no es posible corroborar que los datos de gasto proporcionados por el programa en el Anexo 5 de este informe, sean los efectivamente gastados.

4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Las actividades de seguimiento y evaluación del Programa se llevan a cabo con diferentes instancias y modalidades según se señala a continuación:

Informes a la Comisión Mixta de Presupuesto:

El Subsecretario de Redes Asistenciales envía a la Comisión Mixta de Presupuesto el Plan de Formación y Capacitación en forma anual, según se establece en la glosa 09, partida N° 16 del presupuesto del sector salud de la Ley 20.641. Dicho informe es elaborado por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de esa Subsecretaría del MINSAL.

Para los fines anteriormente señalados, en Julio del 2013 el Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante el ORD C32 N° 2168, envía al Presidente de la Comisión Mixta de Presupuesto el documento "Evaluación del Programa Política de Formación de Especialistas en Chile" de Junio de 2013. El documento elaborado por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas contiene la evaluación de los avances registrados en el período 2011 a 2013.

Los principales contenidos de dicha evaluación son:

- a. Establece la cantidad de profesionales médicos y odontólogos ingresados en cada uno de los componentes del Programa así como la cantidad de cupos entregados anualmente en el período.
- b. Detalla los recursos asignados a los diferentes ítems que contempla el Programa.
- c. Especifica la cantidad de horas médicas y cargos que han sido asignados a los SS por cuenta del Programa.
- d. Desglosa los componentes de los estipendios entregados a los profesionales en formación.
- e. Señala:
 - i. El número de profesionales por SS que continúan en proceso de formación de los años 2011 y 2012.
 - ii. El número de profesionales por SS que se encuentran en el PAO.
 - iii. La proyección de profesionales en el PAO para el período 2014 al 2016
 - iv. Una propuesta de aplicación informatizada para los registros del Programa.
 - v. Una propuesta de un sistema informático de postulación en línea.

Compromisos de Gestión de los SS

El MINSAL ha establecido con los SS Compromisos de Gestión relacionados con el Programa, los cuales son monitoreados desde el Nivel Central por el DFD-RHS.

El Objetivo general es “establecer en conjunto con los SS un sistema de monitoreo de los principales programas de formación de especialistas actualmente en desarrollo, y de los profesionales que se encuentran destinados en los SS, que permita implementar estrategias de permanencia e incorporación de especialistas en los Servicios de Salud.”

Para estos efectos, se definen Metas Nacionales en cuanto a:

- ✓ Listado de profesionales de 1º, 2º y 3º año de formación de los distintos componentes del programa de formación de especialistas.
- ✓ Listado de profesionales que terminaron su formación, y que a determinada fecha deben estar cumpliendo su compromiso de retorno (PAO).
- ✓ Listado de profesionales EDF en plazas de destinación de los SS.
- ✓ Elaboración e implementación de plan de implementación de estrategias para la retención e incorporación de profesionales especialistas, que considere cubrir al finalizar el año, la totalidad de los profesionales funcionarios que cursan programas de formación, como también todos aquellos profesionales en destinación.

El seguimiento de estos puntos se realiza en forma trimestral y es remitida al MINSAL como parte de los Compromisos de Gestión.

Mantenimiento de base de datos FORCAP

El DFDRH actualiza en forma permanente la base de datos que contiene toda la información respecto del Programa, la cual se alimenta de la información que entregan sus diferentes Unidades. Esta herramienta constituye un mecanismo de seguimiento, dado que entrega periódicamente o frente a una solicitud, información consolidada del estado actual del Programa en sus diversas áreas y componentes.

Esta información aparece completa desde el año 2011 en adelante, con datos parciales para 2010. Para el período previo, se señala que ésta está contenida en carpetas, desde las cuales se ha extraído la información para completar los diferentes datos. Sin embargo, no se tiene certeza de que no existan omisiones de información por parte de las fuentes operativas.

La base de datos contiene un registro por cada médico que ha ingresado al programa desde el año 2011¹³⁸. La información que se registra es la siguiente:

- Nombre completo
- RUT
- Tipo de cargo
- Programa
- Estado Académico
- Servicio de Salud
- Especialidad en formación
- Universidad (formación de especialidad)
- Fecha de ingreso
- Fecha inicio formación
- Fecha término formación

¹³⁸ También existen algunos registros de médicos que han ingresado al programa desde 2001, pero esta información está incompleta.

- Fecha inicio PAO
- Fecha término PAO
- Fecha termino programa
- Ley correspondiente al contrato
- Calidad Jurídica del contrato
- Jornada PAO (horas)
- Municipio
- Establecimiento
- Dependencia de PAO
- Escritura Pública e inhabilitación
- Documentos (memos, cartas, ordinarios, res.ext.)
- Observaciones
- Historial de traslado.-Servicio de Salud
- Historial de traslado.- Establecimientos

La base de datos permite hacer consultas por RUT entregando una ficha completa del médico consultado. Actualmente no hay definidos formalmente reportes periódicos ni estadísticas. Sin embargo el sistema sí entrega informes ad-hoc a solicitud de la jefatura del programa.

En síntesis, el actual sistema de información consiste en una base de datos alimentada por información enviada en papel por los distintos actores del sistema, usualmente a requerimiento del administrador de la base de datos. Los flujos de información de los distintos procesos no están documentados y, en general, no es posible para el administrador del sistema de información asegurar que la información contenida en la base de datos está completa y actualizada. Es destacable también que el sistema de información no maneja ningún tipo de información financiera, ni a nivel agregado, ni por componente, ni por beneficiario.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No	Si bien la participación del género femenino es desigual en las distintas especialidades que se forman, en opinión del panel eso obedece a preferencias personales y no es responsabilidad del programa ya que éste no aplica barreras de acceso en el ingreso.
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	
				Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	
Formación de Especialistas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud	Objetivo Estratégico N°4 No aplica enfoque de género	“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”.	No corresponde incorporar enfoque de Género en el programa.	No	No	No	No	
				No	No	No	No	
				S	S	S	S	

Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos.

Factores de actualización

Año	Factor
2010	1.117
2011	1.081
2012	1.050
2013	1.030
2014	1.000

I. Información de la institución responsable del programa, período 2010-2014
(en miles de pesos año 2014)

1.1. Presupuesto y gasto devengado (1)

Cuadro N°1
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado de la Institución Responsable del Programa
(en miles de pesos año 2014)

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 1.044.853,353	\$ 1.274.342.007	122%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 16.003.327	\$ 5,477.001	34%
Inversión			
Transferencia a la APS Municipal			
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	
TOTAL	\$ 1.060.858.680	\$ 1.279.819.008	121%

Fuente: Estimación del panel en base información del Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 1.145.985.037	\$ 1.322.251.624	115%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 2,330,174	\$ 8,245,444	354%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 0	\$ 0	
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	
TOTAL	\$ 1,148,315,212	\$ 1,330,497,068	116%

Fuente: Estimación del panel en base información del Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 1,265,604,199	\$ 1,446,393,626	114%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 8,393,501	\$ 7,810,904	93%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 0	\$ 0	
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	
TOTAL	\$ 1,273,997,699	\$ 1,454,204,530	114%

Fuente: Estimación del panel en base información del Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2013	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 1,338,148,050	\$ 1,576,247,932	118%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 12,455,244	\$ 10,486,857	84%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencias	\$ 0	\$ 0	
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	
TOTAL	\$ 1,350,603,294	\$ 1,586,734,789	117%

Fuente: Estimación del panel en base información del Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

Nota: El Presupuesto Inicial y el Gasto Devengado de la institución responsable corresponde a la suma de:

- 1.- Presupuesto del Subtítulo 21, Personal de los Servicios de Salud
2. Presupuesto de los Subtítulos 21 y 22 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

II. Información específica del Programa, período 2010-2014
(en miles de pesos año 2014)

Cuadro N°2
Fuentes de financiamiento del Programa (en miles de pesos año 2014)

Fuentes de Financiamiento	2010		2011		2012		2013		2014		Variación 2010-2013
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	\$ 20,424,900	100%	\$ 23,668,164	100%	\$ 40,239,289	100%	\$ 46,324,297	100%	\$ 0		127%
1.1. Asignación Programa en ST 21 Ppto. SS	\$ 20,308,043	99%	\$ 23,525,673	99%	\$ 39,952,005	99%	\$ 46,130,757	100%	\$ 0		127%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	\$ 116,857	1%	\$ 142,491	1%	\$ 287,283	1%	\$ 193,540	0%	\$ 0		66%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0		
2. Extrapresupuestarias	\$ 0	0%	\$ 0								
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0		
Total	\$ 20,424,900		\$ 23,668,164		\$ 40,239,289		\$ 46,324,297		\$ 0		127%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

Cuadro N°3

**Porcentaje del Presupuesto inicial del programa asignado a los Servicios de Salud
y relación con Presupuesto inicial total de SS
2010-2014 (miles de \$ año 2014)**

<i>Año</i>	<i>Presupuesto del Programa Asignado a los Servicios de Salud (a)</i>	<i>Presupuesto Total Servicios de Salud¹³⁹ (b)</i>	<i>Participación del programa en el presupuesto de los Servicios de Salud (%) (a/b)</i>
2010	20.308.043	3.131.033.031	0,65%
2011	23.525.673	3.240.761.958	0,73%
2012	39.952.005	3.470.379.299	1,15%
2013	46.130.757	3.802.175.111	1,21%
2014 ¹⁴⁰			
% Variación 2010-2013	127%	21%	

Fuente: Programa de Formación de Especialistas, SRA, MINSAL

**Presupuesto inicial del programa asignado a SS
y relación con Presupuesto inicial ST 21 de SS
2010-2014 (miles de \$ año 2014)**

<i>Año</i>	<i>Presupuesto del Programa Asignado a los Servicios de Salud (a)</i>	<i>Presupuesto ST 21 Servicios de Salud (b)</i>	<i>Participación del programa en el presupuesto ST 21 de los Servicios de Salud (%) (a/b)</i>
2010	20.308.043	1.273.074.279	1,60%
2011	23.525.673	1.322.362.211	1,78%
2012	39.952.005	1.434.341.580	2,79%
2013	46.130.757	1.564.376.260	2,95%
% Variación 2010-2013	127%	23%	

Fuente: Programa de Formación de Especialistas, SRA, MINSAL

¹³⁹ Incluye el Presupuesto del Programa Contingencias Operacionales.

¹⁴⁰ Datos no disponibles a la fecha de la presentación de este informe.

Cuadro N°4
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado
(en miles de pesos año 2014)

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 7,224,572	\$ 7,224,572	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 3,925,304	\$ 3,807,545	97%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencia a la APS Municipal	\$ 9,275,024	\$ 9,275,024	100%
Total	\$ 20,424,900	\$ 20,307,141	99%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA- MINSAL

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 9,903,865	\$ 9,903,865	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 4,302,441	\$ 4,173,367	97%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencia a la APS Municipal	\$ 9,461,859	\$ 9,461,859	100%
Total	\$ 23,668,164	\$ 23,539,091	99%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA- MINSAL

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 22,353,574	\$ 22,353,574	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 6,273,998	\$ 6,085,778	97%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencia a la APS Municipal	\$ 11,611,717	\$ 11,611,717	100%
Total	\$ 40,239,289	\$ 40,051,069	100%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA- MINSAL

AÑO 2013	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 24,924,671	\$ 24,924,671	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 9,616,894	\$ 9,328,387	97%
Inversión	\$ 0	\$ 0	
Transferencia a la APS Municipal	\$ 11,782,732	\$ 11,782,732	100%
Total	\$ 46,324,297	\$ 46,035,791	99%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA- MINSAL

Cuadro N°5
Gasto Total del Programa
(en miles de pesos año 2014)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2010	\$ 20,307,141		\$ 20,307,141
2011	\$ 23,539,091		\$ 23,539,091
2012	\$ 40,051,069		\$ 40,051,069
2013	\$ 46,035,791		\$ 46,035,791

Fuente: Programa Formación de Especialistas -SRA - MINSAL

II. Información específica del Programa, período 2010-2014

2.5 Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo

Cuadro N°6
Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo
(en miles de pesos año 2014)

AÑO 2010	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 7,224,572	36%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 3,807,545	19%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 9,275,024	46%
Total	\$ 20,307,141	100%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2011	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 9,903,865	42%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 4,173,367	18%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 9,461,859	40%
Total	\$ 23,539,091	100%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2012	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 22,353,574	56%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 6,085,778	15%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 11,611,717	29%
Total	\$ 40,051,069	100%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

AÑO 2013	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 24,924,671	54%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 9,328,387	20%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 11,782,732	26%
Total	\$ 46,035,791	100%

Fuente: Programa Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

Fuente:

AÑO 2013	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1																\$ 0
Componente 2																\$ 0
Componente ...																\$ 0
Componente N																\$ 0
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2010-2014
(en miles de pesos año 2014)

2.7 Gastos de administración del Programa y gastos de producción de los Componentes del Programa

Cuadro N°

Gastos de administración y gastos de producción de los Componentes del Programa
(en miles de pesos año 2014)

AÑO	Gastos de administración	Gastos de producción de los Componentes	Total Gasto del Programa
2010	\$ 116,857	\$ 20,190,284	\$ 20,307,141
2011	\$ 142,491	\$ 23,396,600	\$ 23,539,091
2012	\$ 287,283	\$ 39,763,786	\$ 40,051,069
2013	\$ 193,540	\$ 45,842,250	\$ 46,035,791

Fuente: Elaboración del Panel en base a información del Programa de Formación de Especialistas - SRA - MINSAL

Anexo 5.1: Metodología de cálculo de los Gastos Administrativos

El gasto de administración del programa representa el gasto en que incurre la Subsecretaría de Redes Asistenciales con cargo a su presupuesto, para la gestión del programa. Comprende gastos en personal y en bienes y servicios de consumo, tales como avisaje en medios de comunicación de circulación nacional para la difusión de los concursos, arriendo de locales para el proceso de llamado a viva voz o para reuniones especiales de coordinación, y gastos de oficina.

La estimación del gasto la efectuó el programa en base a los registros disponibles.

**Anexo 6: Especialistas y Subespecialistas inscritos en la Superintendencia de Salud
Diciembre 2013**

Especialidad / Subespecialidad	N° de inscripciones	% del Total
Anatomía Patológica	322	1,3%
Anestesiología	1.445	5,6%
Cardiología	657	2,6%
Cirugía Cardiovascular	83	0,3%
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	80	0,3%
Cirugía de Tórax	93	0,4%
Cirugía General	2.160	8,4%
Cirugía Pediátrica	464	1,8%
Cirugía Plástica y Reparadora	181	0,7%
Cirugía Vascular Periférica	159	0,6%
Coloproctología	49	0,2%
Dermatología	474	1,8%
Diabetología	139	0,5%
Endocrinología	248	1,0%
Enfermedades Respiratorias	446	1,7%
Gastroenterología	374	1,5%
Genética Clínica	23	0,1%
Geriatría	88	0,3%
Hematología	208	0,8%
Imagenología	906	3,5%
Infectología	143	0,6%
Inmunología	28	0,1%
Laboratorio clínico	100	0,4%
Medicina de Urgencia	16	0,1%
Medicina Familiar	648	2,5%
Medicina física y rehabilitación	201	0,8%
Medicina Intensiva	412	1,6%
Medicina interna	3.033	11,8%
Medicina legal	83	0,3%
Medicina nuclear	66	0,3%
Nefrología	269	1,0%
Neonatología	331	1,3%
Neurocirugía	294	1,1%
Neurología Adultos	668	2,6%
Neurología Pediátrica	249	1,0%
Obstetricia y ginecología	2.304	8,9%
Oftalmología	963	3,7%
Oncología médica	122	0,5%
Otorrinolaringología	553	2,1%
Pediatría	2.958	11,5%

Especialidad / Subespecialidad	N° de inscripciones	% del Total
Psiquiatría Adultos	1.097	4,3%
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	280	1,1%
Radioterapia Oncológica	54	0,2%
Reumatología	155	0,6%
Salud pública	189	0,7%
Traumatología y ortopedia	1.448	5,6%
Urología	521	2,0%
Total	25.784	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a información de la Superintendencia de Salud, www.supersalud.gob.cl.

Anexo 7: Leyes y Artículos Relevantes

Ley N° 15.076: Fija el Texto Refundido del Estatuto para los Médico-Cirujanos, Farmacéuticos o Químico-Farmacéuticos, Bío-Químicos y Cirujanos Dentistas

Artículo 43°.- Los Servicios de Salud y las Universidades del Estado o reconocidas por éste podrán otorgar becas destinadas al perfeccionamiento de una especialidad médica, dental, químico-farmacéutica o bioquímica. Los otros empleadores de los demás Servicios Públicos podrán otorgar becas de perfeccionamiento a sus profesionales funcionarios en la Universidad de Chile o en otra universidad del Estado o reconocida por éste y en los Servicios de Salud, conservándoles el goce de su remuneración en las condiciones que fije el reglamento.

La concesión de estas becas se hará por concurso. La duración de ellas no podrá ser inferior a uno ni superior a tres años; serán incompatibles mientras dure el período de adiestramiento con cualquier empleo o cargo de profesional funcionario en los términos del artículo 13° y tendrán el horario que determine el reglamento. El monto mensual de la beca será una cantidad equivalente al sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo, 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.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud, que presten servicios en las Fuerzas Armadas o en Carabineros de Chile, como Oficiales de Sanidad, empleados civiles y aquellos regidos por la presente ley, podrán mantener en los referidos institutos armados, durante los períodos de comisiones de estudio o de becas, la propiedad de sus cargos y el goce de las remuneraciones correspondientes. El ejercicio de las funciones inherentes a dichos cargos lo efectuarán estos profesionales en los centros docentes asistenciales de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de Chile.

Durante el goce de la beca deberán efectuarse a los becarios las imposiciones previsionales correspondientes. Para estos efectos, se considerará como estipendio imponible una suma igual al monto del sueldo base mensual por 44 horas semanales de trabajo.

El estipendio que perciban los profesionales becarios por tal concepto estará sujeto a lo dispuesto en el número 18 del artículo 17° de la ley de Impuesto a la Renta.

Las instituciones empleadoras reconocerán a los becarios, para los efectos de los trienios, el tiempo cumplido en ese carácter, siempre que éstos se encuentren en posesión del certificado de especialista otorgado por la respectiva Universidad al término de la beca.

Los profesionales becarios, cualquiera que sea la clase o especie de beca de que gocen, tendrán derecho, además, a percibir el beneficio de la asignación familiar y las demás asignaciones y bonificaciones que determinen las leyes en conformidad a las reglas generales aplicables a estas asignaciones o bonificaciones.

Ley N° 19.378: Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal

Artículo 5°.- El personal regido por este Estatuto se clasificará en las siguientes categorías funcionarias:

- a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas.
- b) Otros profesionales.
- c) Técnicos de nivel superior.
- d) Técnicos de Salud.
- e) Administrativos de Salud.
- f) Auxiliares de servicios de Salud.

Artículo 42.- Para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, se reconocerán como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.

El reglamento establecerá un sistema acumulativo de puntaje mediante el cual se reconocerán las actividades de capacitación que cumplan con los requisitos señalados en el inciso anterior que hayan sido aprobadas por el funcionario como parte de su formación académica y durante su desempeño en establecimientos de atención primaria de salud municipal o en un servicio de salud. Dicho sistema de puntaje será común para todas las categorías funcionarias y considerará el nivel técnico, el grado de especialización y la duración de las actividades de capacitación.

El máximo puntaje por capacitación computable para la carrera funcionaria permitirá obtener un sueldo base que exceda al sueldo base mínimo nacional que corresponda a cada categoría en, a lo menos, los siguientes porcentajes: 45% para las categorías a) y b) y 35% para las categorías c), d), e) y f).

Adicionalmente, en el caso de aquellos profesionales singularizados en las letras a) y b) del artículo 5° de esta ley, el sistema de puntaje a que se refiere el inciso segundo considerará la relevancia de los títulos y grados adquiridos por los funcionarios en relación a las necesidades de la atención primaria de salud municipal. Asimismo, en el caso de que éstos hayan obtenido un título o diploma correspondiente a becas, u otras modalidades de perfeccionamiento de posgrado, tendrán derecho a una asignación de hasta un 15% del sueldo base mínimo nacional. El reglamento determinará las becas y los cursos que cumplan con los requisitos a que se refiere este inciso y el porcentaje sobre el sueldo base mínimo nacional que corresponderá a cada curso.

Artículo 43.- Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal.

Los profesionales a que se refieren las letras a) y b) del artículo 5° de esta ley podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización, durante todo su desempeño funcionario. Dicha participación consiste en comisiones de servicio, con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen, por lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado.

Los funcionarios del Sistema tendrán derecho a participar, hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento, reguladas por el reglamento.

Ley N° 19.664: Establece Normas Especiales para Profesionales Funcionarios que Indica de los Servicios de Salud y Modifica la Ley N° 15.076

Artículo 1°.- Los profesionales funcionarios que desempeñen cargos con jornadas de 11, 22, 33 y 44 horas semanales de la ley N°15.076 en los establecimientos de los Servicios de Salud, incluidos los cargos de la planta de Directivos con jornadas de dicho cuerpo legal, se regirán por las normas especiales contenidas en este Título.

En lo no previsto en este Título y en los casos distintos de los señalados en el inciso anterior, continuará rigiendo la ley N°15.076.

Artículo 5°.- Los profesionales funcionarios no directivos que desempeñen jornadas diurnas en los establecimientos de los Servicios de Salud quedarán sujetos a la carrera funcionaria, la que estará estructurada en dos etapas: la Etapa de Destinación y Formación y la Etapa de Planta Superior.

Artículo 6°.- La Etapa de Destinación y Formación se cumplirá mediante el desempeño de empleos a contrata y la permanencia en ella no podrá exceder de nueve años. A partir del sexto año, los profesionales podrán postular a los concursos que se llamen para proveer cargos de la Etapa de Planta Superior.

El Director de cada Servicio de Salud podrá autorizar fundadamente la prórroga de los contratos de aquellos profesionales funcionarios que al noveno año de permanencia en la Etapa de Destinación y Formación aún se encuentren cumpliendo un programa de especialización. Dicha prórroga podrá otorgarse por el plazo máximo de dos años para el solo efecto de cumplir dicho programa. Por decreto expedido por el Ministerio de Salud, bajo la fórmula "Por Orden del Presidente de la República", y suscrito por el Ministro de Hacienda, se definirán los criterios que los Directores de los Servicios de Salud deberán utilizar para autorizar la prórroga del contrato.

Artículo 10.- Los profesionales funcionarios que pertenezcan a la Etapa de Destinación y Formación, ingresados a través del proceso de selección establecido en el artículo 8°, gozarán de igualdad de oportunidades para acceder a los programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezca el Servicio o el Ministerio de Salud. Sin embargo, será requisito esencial para acceder a programas de especialización haberse desempeñado previamente, por un lapso no inferior a tres años, en el nivel primario de atención de uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal. Los programas de especialización no podrán tener, en forma continuada o por acumulación de períodos discontinuos, una duración inferior a un año ni superior a tres. Con todo, estos profesionales sólo podrán postular hasta en el sexto año de permanencia en dicha Etapa.

La incorporación a dichos programas se dispondrá mediante comisiones de estudio. Sin embargo, tratándose de programas de especialización, tales comisiones no generarán derecho a viático si deben cumplirse en un lugar diferente al de desempeño habitual, pero otorgarán a los interesados el derecho a percibir el beneficio establecido en el inciso primero del artículo 29° de la ley N° 15.076, cuando deban cambiar su residencia en razón de ellas.

Artículo 11.- Los demás profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación y aquellos regidos por el Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal podrán

acceder a programas de perfeccionamiento o especialización que ofrezcan los Servicios de Salud o el Ministerio, en los términos establecidos en el artículo 43° de la ley N° 15.076. Para acceder a programas de especialización será necesario haberse desempeñado en el nivel primario de atención en uno o más Servicios de Salud o en establecimientos de salud municipal, por un lapso no inferior a tres años. Tratándose de especialidades relevantes o de interés para el desarrollo de la atención primaria de salud, circunstancia que calificará, mediante resolución, el Subsecretario de Redes Asistenciales, la obligación de desempeño previo se rebajará a un año.

En los casos a que se refiere este artículo, el monto de la beca será solventado por el respectivo Servicio de Salud o por el Ministerio del ramo, según corresponda, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 43 de la ley N° 19.378, si así lo determina la entidad administradora de salud municipal correspondiente, o con los aportes que puedan destinar para estos efectos otros organismos públicos y privados.

El reglamento reconocerá a los profesionales funcionarios que se hubieren desempeñado en la Atención Primaria de Salud Municipal puntaje adicional y cupos preferentes para acceder a becas.

Artículo 12.- Los profesionales funcionarios que accedan a programas de especialización financiados por las entidades empleadoras o por el Ministerio de Salud tendrán la obligación de desempeñarse en los organismos a que pertenecen, a lo menos, por un tiempo similar al de duración de los programas.

El profesional que no cumpla con esta obligación deberá reembolsar los gastos originados con motivo de la ejecución de los programas y aquellos derivados del incumplimiento, para lo cual constituirá una garantía equivalente a estos gastos incrementados en el 50%, cuando corresponda. El profesional que no cumpla su obligación deberá, además, indemnizar los perjuicios causados por su incumplimiento. Además, quedará impedido de reingresar a la Administración del Estado hasta por un lapso de seis años.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso primero, los profesionales funcionarios podrán solicitar cumplir su compromiso de desempeño en un Servicio distinto de aquel con el cual se encontraren obligados. Para ello, se requerirá el acuerdo de los respectivos Directores de Servicios de Salud de origen y de destino, quienes podrán otorgarlo sólo en casos calificados mediante resolución fundada. Para el ejercicio de esta facultad se requerirá que tanto el Servicio de Salud de origen como el de destino cuenten con las disponibilidades presupuestarias necesarias para ello, pudiendo el Servicio de origen traspasar al de destino los recursos y dotación de personal que se liberen por el cambio del profesional, cuando este último Servicio no cuente con presupuesto para ese fin. Con todo, el Servicio de Salud de origen deberá endosar al Servicio de Salud de destino la garantía otorgada por el profesional funcionario. A esta misma disposición quedarán sujetos los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación que soliciten cambio a otro Servicio de Salud. El reglamento regulará el mecanismo mediante el cual se autorizarán las solicitudes a que se refiere este inciso, el plazo para ser presentadas y la fecha a contar de la cual produzcan efecto.

Artículo 46.- Sin perjuicio de los programas de perfeccionamiento y de especialización dirigidos a los profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación, los Servicios de Salud podrán otorgar comisiones para concurrir a congresos, seminarios, conferencias u otras actividades de similar naturaleza, incluso para programas de postítulo o posgrado conducentes a la obtención de un grado académico.

Asimismo, deberán estructurar planes anuales sobre actividades de capacitación, con el objeto de que los profesionales funcionarios desarrollen, complementen, perfeccionen o

actualicen los conocimientos o destrezas necesarios para el eficiente desempeño de sus funciones profesionales.

Tales profesionales tendrán derecho, en cada semestre, a destinar, con goce de remuneraciones, tres días adicionales a los previstos en el artículo 25 de la ley N° 15.076, con el exclusivo objeto de destinarlos a actividades de perfeccionamiento o capacitación. Estos días destinados a capacitación serán acumulables y podrán ser postergados por la autoridad por razones de buen servicio, todo ello dentro del año calendario.

El reglamento determinará las condiciones de acceso y modalidades de las actividades de capacitación, y establecerá las demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento, en base a criterios objetivos, técnicos e imparciales.

Anexo 8: Listado de Especialidades y Subespecialidades

De acuerdo a lo dispuesto en el “Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan” (Decreto N°57 de 2008), se entenderá como :

A) ÁREA DE MEDICINA

a.1) Especialidades:

- 1 ANATOMÍA PATOLÓGICA
- 2 ANESTESIOLOGÍA
- 3 CIRUGÍA GENERAL
- 4 CIRUGÍA PEDIÁTRICA
- 5 DERMATOLOGÍA
- 6 IMAGENOLOGÍA
- 7 LABORATORIO CLÍNICO
- 8 MEDICINA FAMILIAR
- 9 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
- 10 MEDICINA INTERNA
- 11 MEDICINA LEGAL
- 12 MEDICINA NUCLEAR
- 13 NEUROCIRUGÍA
- 14 NEUROLOGIA ADULTOS
- 15 NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
- 16 OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- 17 OFTALMOLOGÍA
- 18 OTORRINOLARINGOLOGÍA
- 19 PEDIATRÍA
- 20 PSIQUIATRÍA ADULTOS
- 21 PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA
- 22 SALUD PÚBLICA
- 23 TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
- 24 UROLOGÍA

a.2) Subespecialidades:

- 1 CARDIOLOGÍA
- 2 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- 3 CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL
- 4 CIRUGÍA DE TÓRAX
- 5 CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
- 6 CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
- 7 DIABETOLOGÍA
- 8 ENDOCRINOLOGÍA
- 9 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
- 10 GASTROENTEROLOGÍA
- 11 GERIATRÍA
- 12 HEMATOLOGÍA
- 13 INFECTOLOGÍA

- 14 MEDICINA INTENSIVA
- 15 NEFROLOGÍA
- 16 NEONATOLOGÍA
- 17 ONCOLOGÍA MÉDICA
- 18 REUMATOLOGÍA
- B) ÁREA DE ODONTOLOGÍA

b.1) Especialidades:

- 1 CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMÁXILO-FACIAL
- 2 ENDODONCIA
- 3 IMAGENOLOGÍA
- 4 IMPLANTOLOGIA
- 5 ODONTOLOGÍA LEGAL
- 6 ODONTOPEDIATRÍA
- 7 ORTODONCIA
- 8 PATOLOGÍA ORAL
- 9 PERIODONCIA
- 10 REHABILITACIÓN ORAL
- 11 SALUD PÚBLICA

b.2) Subespecialidades:

- 1 SOMATO-PRÓTESIS

Anexo 9: Cuadros Relevantes del estudio del Banco Mundial 2010

El Cuadro 1 contiene las variables y las opciones utilizadas para simular distintos escenarios de brechas de horas de especialista médicos en la red pública de atención de salud.

Cuadro 1
Variables y opciones utilizadas en el estudio del Banco Mundial (2010)

Variables	Opciones Utilizadas
Ratio o Estándar utilizado	Se analizan dos conjuntos básicos de ratios: el actual de Chile y el español base y en ambos casos se analiza el efecto de un crecimiento anual sobre la ratio inicialmente considerada (los iniciales se encuentran descritos en el Anexo 9)
Modelo de organización de las Unidades Geográficas de Análisis (UGA) del sistema nacional de salud	Se analizan dos modelos de organización: el diseñado por el equipo del Banco Mundial (UGA Banco) y el diseñado por la contraparte ministerial (UGA Chile).
Política de oferta	Se analiza el caso base de no incorporar horas médicas y la continuación de la estrategia del año 2008 de incorporar 20.000 horas anuales.
Número mínimo de horas médicas por especialidad requerido para cada una de las unidades geográfica de análisis	Se suponen dos escenarios: uno de 66 horas y otro de 33 horas

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

El Cuadro 2 muestra las razones de médicos por habitante de España y Chile. En ambos casos, los ratios corresponden a la dotación de médicos especialistas en el subsector público.

Cuadro 2
Razones médico especialistas por 100 mil habitantes

Especialidad	España	Chile
Anestesiología	10,4100	4,3790
Cirugía general	7,4700	11,2340
Medicina general	84,7500	20,4420
Obstetricia y Ginecología	8,0720	5,9340
Oftalmología	5,0100	0,9730
Pediatría y Neonatología	20,2690	8,7560
Psiquiatría	5,7000	1,9120
Traumatología y Ortopedia	7,1400	2,7080
Anatomía Patológica	2,6100	0,7330
Cardiología	4,3600	0,5490
Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo Facial	0,7000	0,0960
Cirugía de Tórax	0,3800	0,1010
Cirugía Pediátrica	0,7200	2,0550
Cirugía Vasculat Periférica	0,9200	0,2550
Dermatología	2,1900	0,3900
Diabetología y Endocrinología	2,0300	0,4780
Enfermedades Respiratorias	2,8900	0,3930
Gastroenterología	3,8100	0,2740

Especialidad	España	Chile
Hematología	3,0800	0,2360
Imagenología	6,7400	0,9830
Medicina Física y Rehabilitación	2,1200	0,2500
Medicina Interna	8,1000	2,3400
Nefrología y Nefrología Pediátrica	2,0400	0,2240
Neurología	2,7800	1,1260
Otorrinolaringología	3,6400	0,6450
Reumatología	1,5700	0,1780
Urología	3,1700	0,8840
Cirugía Cardiovascular	0,6800	0,1510
Cirugía Plástica y Reparadora	0,9400	0,0950
Geriatría	0,5500	0,0520
Infectología	1,8800	0,1830
Inmunología	0,4000	0,0430
Medicina Intensiva	3,9100	0,2970
Medicina Nuclear	0,7000	0,0150
Neurocirugía	0,9600	1,1570
Oncología Médica	1,5900	0,2490

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

Respecto a las UGA, ellas constituyen agrupamientos de comunas que se encuentran ligadas a una UGA desde el punto de vista del servicio de salud. La asociación de cada comuna a una UGA se efectuó considerando un criterio de accesibilidad que se determinó en función de la distancia efectiva (es decir la que corresponde a rutas de acceso y no a la distancia geográfica) de cada comuna a una UGA. Los servicios de las zonas urbanas fueron analizadas como una UGA.

Para cada UGA se determinó la población que corresponde a las comunas que tienen a la UGA como referencia.

Las especialidades fueron clasificadas en tres grupos según su alcance geográfico de resolución. Las especialidades de alcance 1 son las que tienen por lo general un nivel de resolución local y por lo tanto se considera que deben brindar prestaciones en cada UGA. Las especialidades de alcance 2 tienen resolución a nivel de Servicio y las de alcance 3 son las que el nivel de resolución excede el servicio.

La demanda de especialistas de especialidades de alcance 1 se determinó por UGA, aplicando el estándar de cada especialidad a la población de referencia de cada UGA. En el caso en que la demanda resultante fuese una cantidad de horas inferior a una dedicación plena, se consideró que la demanda es de 44 horas. Las demandas de especialistas de especialidades de alcance 2 se determinaron aplicando el estándar a la población del servicio correspondiente. Las demandas de especialistas de especialidades de alcance 3 se calcularon distribuyendo la población nacional entre los centros que actualmente tienen infraestructura.

Los modelos básicos de análisis son: i) Banco Mundial, que procesa las UGAs en función de la accesibilidad a la instalación sanitaria medida tanto en términos de distancia como de tiempo y de disponibilidad de medios de transporte; y ii) contraparte MINSAL, que procesa

las UGAs asociada a la infraestructura para realización de intervenciones quirúrgicas mayores, y considerando como criterio un número de intervenciones quirúrgicas mayores superior a 200 en el 2008.

El Cuadro 3 contiene los escenarios simulados en el estudio del Banco Mundial (2010).

Cuadro 3
Escenarios simulados en el estudio del Banco Mundial (2010)

Caso	Estándar	Organización de la Red	Política de Oferta	Mínimo de horas
1.1	España Base	UGAS Banco	0	66
1.2	España Base	UGAS Banco	0	33
1.3	España Base	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
1.4	España Base	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
2.1	España Base	UGAS Chile	0	66
2.2	España Base	UGAS Chile	0	33
2.3	España Base	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
2.4	España Base	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
3.1	España con crecimiento	UGAS Banco	0	66
3.2	España con crecimiento	UGAS Banco	0	33
3.3	España con crecimiento	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
3.4	España con crecimiento	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
4.1	España con crecimiento	UGAS Chile	0	66
4.2	España con crecimiento	UGAS Chile	0	33
4.3	España con crecimiento	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
4.4	España con crecimiento	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
5.1	Chile actual	UGAS Banco	0	66
5.2	Chile actual	UGAS Banco	0	33
5.3	Chile actual	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
5.4	Chile actual	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
6.1	Chile actual	UGAS Chile	0	66
6.2	Chile actual	UGAS Chile	0	33
6.3	Chile actual	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
6.4	Chile actual	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33
7.1	Chile actual con crecimiento.	UGAS Banco	0	66
7.2	Chile actual con crecimiento.	UGAS Banco	0	33
7.3	Chile actual con crecimiento.	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
7.4	Chile actual con crecimiento.	UGAS Banco	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33

Caso	Estándar	Organización de la Red	Política de Oferta	Mínimo de horas
8.1	Chile actual con crecimiento.	UGAS Chile	0	66
8.2	Chile actual con crecimiento.	UGAS Chile	0	33
8.3	Chile actual con crecimiento.	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	66
8.4	Chile actual con crecimiento.	UGAS Chile	Actual (incremento de 20.000 horas al año)	33

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

El Cuadro 4 presenta los resultados obtenidos para cada una de las simulaciones descritas en el estudio del BM (2010) pero considerando la situación más realista para el Panel, cual es que los excedentes de horas médicas de un Servicio de Salud no pueden compensarse con defectos de otros, es decir, asume que el personal médico no es susceptible de ser trasladado, situación que es la más frecuente en nuestra red pública de prestadores¹⁴¹.

Cuadro 4
Resultados de los escenarios simulados en el estudio del Banco Mundial (2010)

Caso	Detalle	2008	2009	2010	2011	2012
1.1	España Base + UGAS Banco + 0 + 66	-126.124	-131.148	-136.744	-143.035	-149.976
1.2	España Base + UGAS Banco + 0 + 33	-115.757	-120.858	-126.511	-132.806	-139.701
1.3	España Base + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 66	-126.124	-111.148	-96.744	-83.035	-69.976
1.4	España Base + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 33	-115.757	-100.858	-86.511	-72.806	-59.701
2.1	España Base + UGAS Chile + 0 + 66	-120.138	-125.197	-130.825	-137.128	-144.033
2.2	España Base + UGAS Chile + 0 + 33	-115.149	-120.252	-125.906	-132.204	-139.103
2.3	España Base + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 66	-120.138	-105.197	-90.825	-77.128	-64.033
2.4	España Base + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 33	-115.149	-100.252	-85.906	-72.204	-59.103
3.1	España con crecimiento + UGAS Banco + 0 + 66	-126.124	-140.940	-157.018	-174.481	-193.436
3.2	España con crecimiento + UGAS Banco + 0 + 33	-115.757	-131.124	-147.702	-165.600	-184.966
3.3	España con crecimiento + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 66	-126.124	-120.940	-117.018	-114.481	-113.436
3.4	España con crecimiento + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 33	-115.757	-111.124	-107.702	-105.600	-104.966
4.1	España con crecimiento + UGAS Chile + 0 + 66	-120.138	-135.298	-151.678	-169.422	-188.659
4.2	España con crecimiento + UGAS Chile + 0 + 33	-115.149	-130.562	-147.178	-165.108	-184.524
4.3	España con crecimiento + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 66	-120.138	-115.298	-111.678	-109.422	-108.659
4.4	España con crecimiento + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 33	-115.149	-110.562	-107.178	-105.108	-104.524
5.1	Chile actual + UGAS Banco + 0 + 66	-99.258	-105.955	-113.394	-121.46	-130.477
5.2	Chile actual + UGAS Banco + 0 + 33	-86.716	-93.485	-100.986	-109.100	-118.09
5.3	Chile actual + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 66	-99.258	-85.955	-73.394	-61.460	-50.477
5.4	Chile actual + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 33	-86.716	-73.485	-60.986	-49.100	-38.090
6.1	Chile actual + UGAS Chile + 0 + 66	-94.444	-101.189	-108.682	-116.810	-125.877

¹⁴¹ Adicionalmente, el informe presenta 32 simulaciones en las cuales supone que los excedentes de horas médicas de un Servicio de Salud pueden ser utilizados en otros Servicios.

Caso	Detalle	2008	2009	2010	2011	2012
6.2	Chile actual + UGAS Chile + 0 + 33	-86.234	-93.000	-100.499	-108.615	-117.616
6.3	Chile actual + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 66	-94.444	-81.189	-68.682	-56.810	-45.877
6.4	Chile actual + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 33	-86.234	-73.000	-60.499	-48.615	-37.616
7.1	Chile actual con crec. + UGAS Banco + 0 + 66	-99.258	-109.273	-120.279	-132.479	-145.935
7.2	Chile actual con crec. + UGAS Banco + 0 + 33	-86.716	-96.970	-108.205	-120.616	-134.206
7.3	Chile actual con crec. + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 66	-99.258	-89.273	-80.279	-72.479	-65.935
7.4	Chile actual con crec. + UGAS Banco + Actual (20.000 horas al año) + 33	-86.716	-76.970	-68.205	-60.616	-54.206
8.1	Chile actual con crec. + UGAS Chile + 0 + 66	-94.444	-104.619	-115.792	-128.163	-141.763
8.2	Chile actual con crec. + UGAS Chile + 0 + 33	-86.234	-96.498	-107.744	-120.175	-133.787
8.3	Chile actual con crec. + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 66	-94.444	-84.619	-75.792	-68.163	-61.763
8.4	Chile actual con crec. + UGAS Chile + Actual (20.000 horas al año) + 33	-86.234	-76.498	-67.744	-60.175	-53.787

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Estudio MINSAL - Banco Mundial (2010)

El informe del Banco Mundial es el primer intento de cuantificar de manera desagregada (es decir, por especialidad y ubicación geográfica) las brechas de especialistas en el sistema público.

El modelo se basa en un conjunto de supuestos que deben ser plenamente comprendidos para poder interpretar sus resultados y, a su vez, a partir de éstos tomar decisiones de política. El modelo requiere de una serie de *inputs* que deben ser actualizados para reflejar la evolución de la oferta y demanda de especialistas en el tiempo. Los resultados presentados en el informe sólo son válidos para el momento en que fueron calculados y dependen de la calidad de la información con la que se contaba en ese momento.

La demanda de especialistas se estimó a partir de la cantidad observada de médicos especialistas por habitante en España, ajustada por la diferencia entre ingreso per cápita y esperanza de vida saludable entre Chile y España. El ajuste se hace aplicando una regla de tres. El informe no entrega fundamentos o una razón técnica para realizar el ajuste de esta manera. De igual forma, utilizan cantidad de médicos especialistas por habitante en Chile, con los datos disponibles al momento de realizar las estimaciones.

De acuerdo a la información disponible, los resultados del informe no han sido contrastados con la realidad para resolver dudas tales como las que se plantean a continuación, a efectos de validar completamente el modelo propuesto por el estudio.

- ¿Coinciden los lugares donde el informe señala mayor brecha de una especialidad con aquéllos en que la lista de espera de esa especialidad es más larga?
- ¿Coinciden las proyecciones del modelo con la percepción y la data de los Directores de los SS sobre cuáles son sus mayores brechas?

En síntesis, el modelo careció de un proceso de calibración y de contraste con la real disponibilidad de especialistas en la red pública, a nivel nacional y por regiones, y la red privada (por la interacción entre ambos sistemas). De forma tal que, al momento de realizar las estimaciones, éstas fueran lo más próximas posible al contexto de dichos profesionales en nuestro país.

Anexo 10: Análisis de información DEIS para cálculo de indicadores MML

Indicador	Información en DEIS
1.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por médicos especialistas en el SNSS	Existen datos hasta 2012 para su cálculo (Aunque no especifica si incluye o no compra de servicios en el extrasistema)
2.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en el SNSS	No existen datos sobre consultas odontológicas de especialidad en el SNSS
3.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por médicos especialistas en la APS	Existen datos hasta 2012 para su cálculo (Aunque no especifica si incluye o no compra de servicios en el extrasistema)
4.- Eficacia/Resultado Variación anual del N° de consultas realizadas por odontólogos especialistas en la APS	No existen datos sobre consultas odontológicas de especialidad en la APS
5.- Calidad/Resultado Programas acreditados	
6.- Calidad/Resultado Prestadores acreditados	
7. Eficacia/Resultado Variación anual en el número de prestaciones médicas especializadas en lista de espera a ser resueltas en la red pública de salud.	No hay información de listas de espera en el DEIS
8. Eficacia/Resultado Variación anual en el número de prestaciones odontológicas especializadas en lista de espera a ser resueltas en la red pública de salud.	No hay información de listas de espera en el DEIS
9.- Eficacia/Resultado Variación anual en el N° consultas de especialidad médicas realizadas a beneficiarios del sistema público en la MAI, resueltas fuera de la red pública de salud	No hay información de compra de servicios en el DEIS
10.- Eficacia/Resultado Variación anual en el N° consultas de especialidad odontológicas realizadas a beneficiarios del sistema público en la MAI resueltas fuera de la red pública de salud	No hay información de compra de servicios en el DEIS

Anexo 11: Beneficiarios Ingresados a Formación año 2010, 2011 y 2012 por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos y Cirujanos Dentistas

**Cuadro 1
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2010 por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos**

Especialidad	EDF	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Medicina Interna	19	14	40	37	110
Pediatría	7	18	26	23	74
Psiquiatría Adultos	12	1	16	18	47
Cirugía General	10	9		27	46
Obstetricia y Ginecología		16	19	10	45
Anestesiología	11	1		27	39
Traumatología y Ortopedia	17			14	31
Imagenología	8			13	21
Medicina Familiar	1	13	1	1	16
Oftalmología	7			7	14
Neurología Adultos	9			5	14
Dermatología	5			7	12
Anatomía Patológica	4	3		4	11
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	3	3		4	10
Urología	5			4	9
Neurocirugía	5			2	7
Cardiología	1			6	7
Cirugía Pediátrica	3	1		3	7
Salud Pública	1	4		1	6
Otorrinolaringología	5			1	6
Medicina Física y Rehabilitación	4			2	6
Medicina de Urgencia		3		2	5
Neurología Pediátrica	3			2	5
Gastroenterología	1			4	5
Medicina Intensiva				4	4
Cirugía Vascular Periférica	1			3	4
Cirugía Coloproctológica				2	2
Infectología				2	2
Gastroenterología Pediátrica				2	2
Nefrología				2	2
Hematología Oncológica Pediátrica				2	2
Hematología				2	2
Cuidados Intensivos Pediátricos				2	2
Endocrinología Pediátrica	1				1
Enfermedades Respiratorias Pediátricas				1	1
Reumatología				1	1
Laboratorio Clínico		1			1
Endocrinología				1	1

Especialidad	EDF	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Enfermedades Respiratorias				1	1
Cardiología Pediátrica				1	1
Oncología Medica				1	1
Inmunología	1				1
Sin Especialidad	7	0	0	3	10
Total	151	87	102	254	594

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 2
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos, Año 2010

Especialidad	EDF	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Medicina Interna	17.3	12.7	36.4	33.6	100.0
Pediatría	9.5	24.3	35.1	31.1	100.0
Psiquiatría Adultos	25.5	2.1	34.0	38.3	100.0
Cirugía General	21.7	19.6	0.0	58.7	100.0
Obstetricia y Ginecología	0.0	35.6	42.2	22.2	100.0
Anestesiología	28.2	2.6	0.0	69.2	100.0
Traumatología y Ortopedia	54.8	0.0	0.0	45.2	100.0
Imagenología	38.1	0.0	0.0	61.9	100.0
Medicina Familiar	6.3	81.3	6.3	6.3	100.0
Oftalmología	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Neurología Adultos	64.3	0.0	0.0	35.7	100.0
Dermatología	41.7	0.0	0.0	58.3	100.0
Anatomía Patológica	36.4	27.3	0.0	36.4	100.0
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	30.0	30.0	0.0	40.0	100.0
Urología	55.6	0.0	0.0	44.4	100.0
Neurocirugía	71.4	0.0	0.0	28.6	100.0
Cardiología	14.3	0.0	0.0	85.7	100.0
Cirugía Pediátrica	42.9	14.3	0.0	42.9	100.0
Salud Pública	16.7	66.7	0.0	16.7	100.0
Otorrinolaringología	83.3	0.0	0.0	16.7	100.0
Medicina Física y Rehabilitación	66.7	0.0	0.0	33.3	100.0
Medicina de Urgencia	0.0	60.0	0.0	40.0	100.0
Neurología Pediátrica	60.0	0.0	0.0	40.0	100.0
Gastroenterología	20.0	0.0	0.0	80.0	100.0
Medicina Intensiva	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Cirugía Vascul ar Periférica	25.0	0.0	0.0	75.0	100.0
Cirugía Coloproctológica	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Infectología	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Gastroenterología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Nefrología	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Hematología Oncológica Pediátrica	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Hematología	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

Especialidad	EDF	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Cuidados Intensivos Pediátricos	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Endocrinología Pediátrica	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Reumatología	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Laboratorio Clínico	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0
Endocrinología	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Enfermedades Respiratorias	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Cardiología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Oncología Medica	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Inmunología	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Sin Especialidad	70.0	0.0	0.0	30.0	100.0
Total	25.4	14.6	17.2	42.8	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 3
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2011 por Componente y por Especialidad.
Médicos Cirujanos

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Medicina Interna	22	1	4	44	49	120
Pediatría	8		11	33	23	75
Psiquiatría Adultos	14		1	19	19	53
Cirugía General	12		1		36	49
Anestesiología	11				37	48
Obstetricia y Ginecología	3		12	17	11	43
Traumatología y Ortopedia	14		1		20	35
Medicina Familiar	3		23		3	29
Imagenología	11				14	25
Neurología Adultos	13			2	10	25
Medicina de Urgencia			4		16	20
Oftalmología	8				7	15
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	6				8	14
Neurología Pediátrica	3				9	12
Dermatología	5				5	10
Neurocirugía	5				4	9
Anatomía Patológica	2				6	8
Medicina Física y Rehabilitación	6				2	8
Cirugía Pediátrica	1		2		4	7
Salud Pública	3		3		1	7
Otorrinolaringología	5				1	6
Urología	3				2	5
Hematología					4	4
Cardiología					3	3
Gastroenterología					3	3

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Oncología Medica	1				1	2
Endocrinología					2	2
Reumatología					2	2
Infectología					2	2
Laboratorio Clínico			1		1	2
Cirugía Plástica y Reparación					2	2
Cirugía Vascul ar Periférica					2	2
Medicina Intensiva					1	1
Químico Farmacéutico	1					1
Cardiología Pediátrica					1	1
Neonatología					1	1
Enfermedades Respiratorias					1	1
Periodoncia					1	1
Gastroenterología Pediátrica					1	1
Geriatría					1	1
Cirugía Coloproctológica					1	1
Inmunología	1					1
Sin Especialidad	0	0	0	0	7	7
Total	161	1	63	115	324	664

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 4
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos, Año 2011

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Medicina Interna	18.3	0.8	3.3	36.7	40.8	100.0
Pediatría	10.7	0.0	14.7	44.0	30.7	100.0
Psiquiatría Adultos	26.4	0.0	1.9	35.8	35.8	100.0
Cirugía General	24.5	0.0	2.0	0.0	73.5	100.0
Anestesiología	22.9	0.0	0.0	0.0	77.1	100.0
Obstetricia y Ginecología	7.0	0.0	27.9	39.5	25.6	100.0
Traumatología y Ortopedia	40.0	0.0	2.9	0.0	57.1	100.0
Medicina Familiar	10.3	0.0	79.3	0.0	10.3	100.0
Imagenología	44.0	0.0	0.0	0.0	56.0	100.0
Neurología Adultos	52.0	0.0	0.0	8.0	40.0	100.0
Medicina de Urgencia	0.0	0.0	20.0	0.0	80.0	100.0
Oftalmología	53.3	0.0	0.0	0.0	46.7	100.0
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	42.9	0.0	0.0	0.0	57.1	100.0
Neurología Pediátrica	25.0	0.0	0.0	0.0	75.0	100.0
Dermatología	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Neurocirugía	55.6	0.0	0.0	0.0	44.4	100.0
Anatomía Patológica	25.0	0.0	0.0	0.0	75.0	100.0
Medicina Física y Rehabilitación	75.0	0.0	0.0	0.0	25.0	100.0
Cirugía Pediátrica	14.3	0.0	28.6	0.0	57.1	100.0

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Total
Salud Pública	42.9	0.0	42.9	0.0	14.3	100.0
Otorrinolaringología	83.3	0.0	0.0	0.0	16.7	100.0
Urología	60.0	0.0	0.0	0.0	40.0	100.0
Hematología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Cardiología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Gastroenterología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Oncología Medica	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Endocrinología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Reumatología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Infectología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Laboratorio Clínico	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0
Cirugía Plástica y Reparación	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Cirugía Vascul ar Periférica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Medicina Intensiva	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Químico Farmacéutico	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Cardiología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Neonatología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Enfermedades Respiratorias	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Periodoncia	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Gastroenterología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Geriatría	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Cirugía Coloproctológica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Inmunología	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Sin Especialidad	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
Total	24.2	0.2	9.5	17.3	48.8	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 5
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2012 por Componente y por Especialidad.
Médicos Cirujanos

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Esp. Falentes	Total
Medicina Interna	19	45	3	42	35		144
Pediatría	11	23	11	34	23		102
Anestesiología	10	29			7	21	67
Cirugía General	10	24	2		24		60
Psiquiatría Adultos	13	12	2	18	11		56
Medicina de Urgencia		7	5		9	34	55
Traumatología y Ortopedia	20	11			16		47
Obstetricia y Ginecología	1	12	14	13	7		47
Imagenología	11	11			12		34
Neurología Adultos	13	5		6	6		30
Medicina Familiar		1	23		5		29
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	6	11		2	5		24
Neurología Pediátrica	4	3			13		20

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Esp. Falentes	Total
Urología	3	3			9		15
Otorrinolaringología	5	1			6		12
Oftalmología	7	4			1		12
Anatomía Patológica		7			4		11
Neurocirugía	1	5			4		10
Cardiología		1			8		9
Medicina Física y Rehabilitación	3	4			2		9
Dermatología	5	2			1		8
Cirugía Pediátrica	2	2			2		6
Nefrología					6		6
Oncología Medica	1				4		5
Salud Pública			5				5
Infectología					5		5
Cirugía Plástica y Reparación					4		4
Geriatría					4		4
Medicina Intensiva					4		4
Cirugía Vascul ar Periférica					3		3
Inmunología	2						2
Neonatología					2		2
Gastroenterología Pediátrica					2		2
Cardiología Pediátrica					2		2
Hematología					2		2
Medicina Nuclear		1			1		2
Cuidados Intensivos Pediátricos					2		2
Laboratorio Clínico	1				1		2
Hematología Oncológica Pediátrica					1		1
Endocrinología Pediátrica					1		1
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial					1		1
Enfermedades Respiratorias					1		1
Cirugía Coloproctológica					1		1
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	1						1
Rehabilitación Oral					1		1
Gastroenterología					1		1
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial					1		1
Nefrología Pediátrica					1		1
Cirugía Cardiovascular					1		1
Endocrinología					1		1
Sin Especialidad	0	2	0	0	12	0	14
Total	149	226	65	115	275	55	885

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 6
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Médicos Cirujanos, Año 2012

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Esp. Falentes	Total
Medicina Interna	13.2	31.3	2.1	29.2	24.3	0.0	100.0
Pediatría	10.8	22.5	10.8	33.3	22.5	0.0	100.0
Anestesiología	14.9	43.3	0.0	0.0	10.4	31.3	100.0
Cirugía General	16.7	40.0	3.3	0.0	40.0	0.0	100.0
Psiquiatría Adultos	23.2	21.4	3.6	32.1	19.6	0.0	100.0
Medicina de Urgencia	0.0	12.7	9.1	0.0	16.4	61.8	100.0
Traumatología y Ortopedia	42.6	23.4	0.0	0.0	34.0	0.0	100.0
Obstetricia y Ginecología	2.1	25.5	29.8	27.7	14.9	0.0	100.0
Imagenología	32.4	32.4	0.0	0.0	35.3	0.0	100.0
Neurología Adultos	43.3	16.7	0.0	20.0	20.0	0.0	100.0
Medicina Familiar	0.0	3.4	79.3	0.0	17.2	0.0	100.0
Psiquiatría Pediátrica y de la Adolescencia	25.0	45.8	0.0	8.3	20.8	0.0	100.0
Neurología Pediátrica	20.0	15.0	0.0	0.0	65.0	0.0	100.0
Urología	20.0	20.0	0.0	0.0	60.0	0.0	100.0
Otorrinolaringología	41.7	8.3	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
Oftalmología	58.3	33.3	0.0	0.0	8.3	0.0	100.0
Anatomía Patológica	0.0	63.6	0.0	0.0	36.4	0.0	100.0
Neurocirugía	10.0	50.0	0.0	0.0	40.0	0.0	100.0
Cardiología	0.0	11.1	0.0	0.0	88.9	0.0	100.0
Medicina Física y Rehabilitación	33.3	44.4	0.0	0.0	22.2	0.0	100.0
Dermatología	62.5	25.0	0.0	0.0	12.5	0.0	100.0
Cirugía Pediátrica	33.3	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0
Nefrología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Oncología Medica	20.0	0.0	0.0	0.0	80.0	0.0	100.0
Salud Pública	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Infectología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cirugía Plástica y Reparación	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Geriatría	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Medicina Intensiva	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cirugía Vascul ar Periférica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Inmunología	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Neonatología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Gastroenterología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cardiología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Hematología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Medicina Nuclear	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
Cuidados Intensivos Pediátricos	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Laboratorio Clínico	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	100.0
Hematología Oncológica Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Endocrinología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0

Especialidad	EDF	CONE	APS 3	APS 6	FORDIR	Esp. Falentes	Total
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Enfermedades Respiratorias	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cirugía Coloproctológica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Enfermedades Respiratorias Pediátricas	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Rehabilitación Oral	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Gastroenterología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Nefrología Pediátrica	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Cirugía Cardiovascular	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Endocrinología	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Sin Especialidad	0.0	14.3	0.0	0.0	85.7	0.0	100.0
Total	16.8	25.5	7.3	13.0	31.1	6.2	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 7
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2010 por Componente y por Especialidad.
Cirujanos Dentistas

	EDF	FORDIR	Total
Implantología	18	1	19
Ortodoncia	9	6	15
Rehabilitación Oral	9		9
Endodoncia	2	3	5
Periodoncia	3	1	4
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial		2	2
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	2		2
Imagenología Dental		2	2
Odontopediatría		1	1
Sin Especialidad	1	1	2
Total	44	17	61

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 8
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Cirujanos Dentistas, Año 2010

	EDF	FORDIR	Total
Implantología	94.7	5.3	100.0
Ortodoncia	60.0	40.0	100.0
Rehabilitación Oral	100.0	0.0	100.0
Endodoncia	40.0	60.0	100.0
Periodoncia	75.0	25.0	100.0
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial	0.0	100.0	100.0
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	100.0	0.0	100.0
Imagenología Dental	0.0	100.0	100.0
Odontopediatría	0.0	100.0	100.0
Sin Especialidad	50.0	50.0	100.0

Total	72.1	27.9	100.0
--------------	-------------	-------------	--------------

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 9
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2011 por Componente y por Especialidad.
Cirujanos Dentistas

Especialidades	EDF	FORDIR	Total
Implantología	16		16
Periodoncia	9	4	13
Ortodoncia	6	3	9
Rehabilitación Oral	6	2	8
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	3		3
Endodoncia	2	1	3
Odontopediatría	1	1	2
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial		2	2
Imagenología Dental		2	2
Sin Especialidad	1	1	2
Total	44	16	60

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 10
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y por Especialidad. Cirujanos Dentistas, Año 2011

Especialidades	EDF	FORDIR	Total
Implantología	100.0	0.0	100.0
Periodoncia	69.2	30.8	100.0
Ortodoncia	66.7	33.3	100.0
Rehabilitación Oral	75.0	25.0	100.0
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	100.0	0.0	100.0
Endodoncia	66.7	33.3	100.0
Odontopediatría	50.0	50.0	100.0
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial	0.0	100.0	100.0
Imagenología Dental	0.0	100.0	100.0
Sin Especialidad	50.0	50.0	100.0
Total	73.3	26.7	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 11
Beneficiarios Ingresados a Formación año 2012 por Componente y por Especialidad.
Cirujanos Dentistas

Especialidades	EDF	FORDIR	Total
Rehabilitación Oral	14	2	16
Periodoncia	7	1	8
Odontopediatría	5	3	8
Ortodoncia	5	2	7
Implantología	4		4
Endodoncia	2		2
Imagenología Dental	1		1
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	1		1
Patología Oral	1		1
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial		1	1
Sin Especialidad	0	2	2
Total	40	11	51

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.

Cuadro 12
Distribución porcentual de Beneficiarios Ingresados a Formación por Componente y
por Especialidad. Cirujanos Dentistas, Año 2012

Especialidades	EDF	FORDIR	Total
Rehabilitación Oral	87.5	12.5	100.0
Periodoncia	87.5	12.5	100.0
Odontopediatría	62.5	37.5	100.0
Ortodoncia	71.4	28.6	100.0
Implantología	100.0	0.0	100.0
Endodoncia	100.0	0.0	100.0
Imagenología Dental	100.0	0.0	100.0
Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial	100.0	0.0	100.0
Patología Oral	100.0	0.0	100.0
Cirugía y Traumatología Bucomaxilo-Facial	0.0	100.0	100.0
Sin Especialidad	0.0	100.0	100.0
Total	78.4	21.6	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos programa.